

Pédiatrie

Paediatrics

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP045

Épidémiologie des infections à bacilles à Gram négatif producteurs de bêta-lactamases à spectre élargi en réanimation pédiatrique

M. Thamloui¹, N. Nazef¹, F. Hebili¹, H. Mahrane², Z. Guechi², H. Berrah¹

¹Service de réanimation pédiatrique, CHU Hussein-Dey Alger, Alger, Algérie

²Laboratoire de bactériologie, CHU Hussein-Dey Alger, Alger, Algérie

Introduction : La maîtrise de la diffusion des bactéries « labellisées » BMR en général et des bactéries Gram négatif productrices de bêta-lactamases (BLSE) est une priorité constante dans les services de réanimation pédiatrique. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'épidémiologie microbiologique, les circonstances cliniques et le devenir des infections à bacilles gram négatif (BGN) producteurs de BLSE.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle sur une période continue de trois années (2007–2009), dans un service de réanimation pédiatrique polyvalente médicochirurgicale de dix postes. Sont inclus dans cette étude tous les cas où une souche de BGN productrice de BLSE a été isolée (colonisation ou infection). Les critères d'infection sont définis par le CDC. Les données microbiologiques sont recueillies chaque semaine auprès du laboratoire de microbiologie du CHU. Sont analysés : 1) l'épidémiologie microbiologique ; 2) les tableaux cliniques ; 3) les sites d'isolement ; 4) et l'évolution.

Résultats : Au cours de cette période, 1 360 enfants ont été inclus dans cette étude (7 560 journées d'hospitalisation). Sur 143 souches de germes isolés, 108 étaient Gram négatif (75,52 %) dont 41 étaient producteurs de BLSE (38 %), avec une forte incidence en 2009 (44,73 %). Le germe le plus fréquemment isolé est le *Klebsiella pneumoniae* (60 %) suivi du *Pseudomonas aeruginosa* (12,82 %) et de l'*Acinetobacter*, de *Serratia* et de l'*Enterobacter* (chacun 4 %). Les BGN producteurs de BLSE sont responsables d'une infection au cours des soins dans 14 cas (34,15 %) et communautaire dans 27 cas (65,85 %). Les bactériémies sont les sites infectieux prédominants (54,05 %). Les souches isolées conservent une bonne sensibilité vis-à-vis de l'imipénème (89,28 %) et des quinolones (82,14 %), mais très faible à l'égard du céfotaxime (9,52 %) ou du ceftazidime (8,33 %). Ces germes sont responsables d'une mortalité directe ou indirecte de l'ordre de 45,16 %.

Conclusion : L'infection aux BGN producteurs de BLSE est en nette progression. Elle est responsable d'autant d'infections communautaires que d'infections au cours des soins. Leur sensibilité réduite à certaines céphalosporines de troisième génération (en particulier ceftazidime) invite à l'observance plus rigoureuse des règles d'hygiène, de prescription d'antibiotiques et d'études plus approfondies sur formes de résistance.

SP046

Caractéristiques cliniques et pronostic des chocs toxiques staphylococciques et streptococciques chez l'enfant

E. Javouhey¹, C. Jamen¹, G. Lina², O. Dewaulder², F. Vandenesch², D. Floret¹, Y. Gillet¹

¹Service de réanimation et d'urgences pédiatriques, hôpital Femme-Mère-Enfant, hospices civils de Lyon, Lyon, France

²Laboratoire de bactériologie, centre de biologie et de pathologie Est, hospices civils de Lyon, Lyon, France

Objectif : Comparer les caractéristiques cliniques et le pronostic des chocs toxiques staphylococciques (CTstaph) et streptococciques (CTstrepto) chez l'enfant.

Patients et méthodes : Analyse rétrospective des dossiers des enfants répondant aux critères diagnostiques de CTstaph et de CTstrepto. Les cas étaient sélectionnés à partir des fichiers des services de réanimation du CHU de Lyon, de 2005 à 2010. Comparaison des critères de gravité, des données cliniques et biologiques, des traitements reçus et du devenir des patients avec CT. Les variables continues sont décrites en médiane et en écart interquartile.

Résultats : L'origine des CTstrepto était les voies respiratoires ($n = 3$), la plèvre ($n = 3$), la peau (deux dermohypodermes sur varicelle) et deux bactériémies. Pour les CTstaph, il s'agissait de la peau ($n = 4$), des voies génitales (quatre cas menstruels) et des voies respiratoires ($n = 3$). Les toxines des 11 CTstaph étaient toutes caractérisées (huit TSST1). On notait un seul décès sur 18 enfants avec CT traités par antibiotique antitoxinique (clindamycine) comparé à deux décès parmi les trois patients sans ce traitement (Tableau 1).

Tableau 1

	CTstaph ($n = 11$)	CTstrepto ($n = 10$)
Âge (années)	12 (3–15)	2 (0,9–5,0)
Garçons (%)	4 (36)	4 (40)
Fièvre (%)	11 (100)	10 (100)
Hypotension (%)	11 (100)	10 (100)
Amines (%)	7 (64)	9 (90)
Ventilation (%)	4 (36)	8 (80)
Rash (%)	11 (100)	7 (70)
Desquamation (%)	4/6 (66)	2/4 (50)
Tb digestif (%)	6 (55)	0
CIVD (%)	5 (45)	6 (60)
CK élevé (%)	4/7	3/4
Créatininémie ($\mu\text{mol/l}$)	77 (52–136)	63 (50–71)
Lymphocyte (g/l)	0,4 (0,2–1,2)	0,6 (0,5–1,0)
Plaquette (g/l)	121 (78–157)	133 (68–162)
Atb antitoxine (%)	10 (91)	8 (80)
Ig humaines (%)	4 (36)	3 (30)
Décès (%)	1 (9)	2 (20)

Conclusion : Les CTstrepto sont plus graves que les CTstaph et touchent des enfants plus jeunes. Les antibiotiques avec action antitoxinique semblent associés à un meilleur pronostic.

SP047

Identification des virus et des bactéries impliqués dans les pneumonies et pleuropneumopathies de l'enfant

N. Richard¹, J.-N. Telles², Y. Gillet¹, S. Hartwig², E. Javouhey³, G. Lina⁴, G. Vernet², D. Floret¹, G. Paranhos-Baccalà²

¹Service de réanimation et d'urgences pédiatriques, hôpital Femme-Mère-Enfant, hospices civils de Lyon, Bron, France

²Laboratoire des pathogènes émergents, fondation Mérieux, IFR128 biosciences Lyon-Gerland, Lyon, France

³Service de réanimation et d'urgences pédiatriques, hôpital Femme-Mère-Enfant, hospices civils de Lyon, Lyon, France

⁴Service de bactériologie, centre de biologie et de pathologie Est, hospices civils de Lyon, Bron, France

Introduction : Les pleurésies purulentes compliquent 30 % des pneumopathies communautaires, et leur incidence ne cesse d'augmenter, et ce, malgré l'instauration du vaccin pneumococcique polysaccharidique heptavalent conjugué. Les co-infections virales pourraient être une explication de cette augmentation d'incidence.

But de l'étude : Identifier et caractériser les virus et les bactéries responsables des pneumonies sévères et des pleurésies chez l'enfant.

Matériels et méthodes : Étude prospective monocentrique chez 52 enfants hospitalisés atteints soit de pneumonie sévère (24/52), soit de pneumopathies compliquées de pleurésies purulentes (28/52) durant la période d'avril 2007 à mars 2009. Données recueillies pour chaque patient : âge, sexe, statut vaccinal, antécédents, début des signes, thérapeutiques antérieures à l'hospitalisation, présentation clinique, signes radiologiques et échographiques, taux de globules blancs, CRP, thérapeutiques instaurées (antibiothérapie, oxygénothérapie, drainage pleural), durée de l'hospitalisation et devenir. Recherche des pathogènes respiratoires par technique d'amplification des pathogènes respiratoires en temps réel multiplexe (Fast Track Diagnostics, Fondation Mérieux) dans les aspirations nasopharyngées et dans les épanchements pleuraux.

Résultats : Aucune différence n'est observée dans les données démographiques et cliniques des enfants avec pneumonies ou pleurésies purulentes. Les techniques d'amplification ainsi que le BinaxNOW® permettent d'identifier comme agent responsable le pneumocoque dans 76 % des pleurésies. Les sérotypes retrouvés ne sont pas inclus dans le vaccin pneumococcique. Le virus parainfluenza 3 est identifié dans des épanchements pleuraux : seul (un cas) et en codétection du pneumocoque (cinq cas). Seuls 12 % d'épanchements pleuraux resteront négatifs. Les virus retrouvés dans les aspirations nasopharyngées sont : rhinovirus, parainfluenza virus, bocavirus, métapneumovirus et virus respiratoire syncytial. Le taux de co-infection virus-bactérie est identique entre les deux groupes. L'identification simultanée de deux virus dans les aspirations nasopharyngées est de 29 % dans le groupe pleurésie contre 4 % dans le groupe pneumonie ($p = 0,028$).

Conclusion : Le pneumocoque est le principal agent responsable des pneumonies et des pleurésies purulentes de l'enfant. Il s'agit de la première étude identifiant le virus parainfluenza 3 dans des pleurésies purulentes. La co-infection virale semble être un facteur de risque des pleurésies purulentes bactériennes.

SP048

Devenir des patients hospitalisés pour bronchiolite en réanimation pédiatrique entre janvier 2006 et juin 2009

B. Bouzoubaa¹, J. Bientz¹, C. Olexa², P. Desprez¹

¹Service de réanimation médicochirurgicale spécialisée, CHU de Strasbourg, hôpital de Hautepierre, Strasbourg

²Service de pédiatrie-I, CHU de Strasbourg, hôpital de Hautepierre, Strasbourg

Introduction : La bronchiolite du nourrisson est une affection fréquente et de gravité très variable. Notre étude s'intéresse au devenir des enfants ayant présenté un tableau sévère et inclut 85 patients hospitalisés en réanimation pédiatrique spécialisée de janvier 2006 à juin 2009 pour bronchiolite.

Matériels et méthodes : Après obtention de l'autorisation de la CNIL et information des parents, les caractéristiques cliniques et paracliniques sont étudiées sur dossier, puis les parents sont contactés par téléphone pour étudier le devenir à moyen terme (recul d'un à quatre ans). Nous retrouvons 58 patients, et 27 sont perdus de vue. Les données sont relevées et traitées sur un tableau Excel sur un réseau sécurisé. L'étude s'intéresse aux diagnostics associés aux bronchiolites et comprend trois axes : antécédents, pathologies découvertes en cours d'hospitalisation et pathologies découvertes à distance de l'hospitalisation.

Résultats : 1) Cinquante-six patients présentent des antécédents connus lors de l'hospitalisation : a) 23, une prématurité (dont 2 < 32 semaines d'aménorrhées) : 41 % ; b) 16, des antécédents bronchopulmonaires (28 %) ; c) 30, des antécédents familiaux d'asthme ou d'allergie (53 %) ; 2) 13 pathologies sont découvertes en cours d'hospitalisation dont six cardiopathies (deux insuffisances cardiaques gauches et quatre communications interauriculaires dont une opérée) ; 3) 44 patients présentent une pathologie découverte à distance de l'hospitalisation : a) 8, un retard psychomoteur (18 %) ; b) 30, un asthme du nourrisson (75 %) dont cinq d'évolution favorable avant trois ans ; c) 18, une pathologie allergologique hors asthme, dont trois allergies aux protéines de lait de vache (41 %) ; 4) seuls six patients sur 58 (10 %) ne présentent aucune pathologie.

Discussion : Les résultats de notre étude se rapprochent des données de la littérature confirmant que les bronchiolites sont liées à des pathologies bronchopulmonaires sous-jacentes (16/85, soit 19 %), aux antécédents familiaux d'asthme et d'allergie (30/85, soit 35 %) et à la survenue d'asthme ou d'allergie (30/58, soit 51 % des patients retrouvés présentent un asthme). La pratique systématique de l'échographie cardiaque chez tous patients admis en réanimation pour bronchiolite est nécessaire au vu des résultats de notre étude.

Conclusion : Une bronchiolite grave survient le plus souvent sur un terrain particulier à rechercher. Pour tout patient admis en réanimation pour bronchiolite, une échographie cardiaque est nécessaire en plus d'un bilan de base.

Références

1. Sigurs N (2004) Does bronchiolitis caused by RSV predispose to atopic asthma? *Rev Fr Allergol Immunol Clin* 44:573-5
2. Stein RT, Sherrill D, Morgan WJ, et al (1999) Respiratory syncytial virus in early life and risk of wheeze and allergy by age 13 years. *Lancet* 354: 541-5

SP049**Ventilation non invasive chez l'enfant immunodéprimé en syndrome de détresse respiratoire aigu**L. Xavier¹, P. Desprez¹, A.-S. Guilbert¹, D. Desprez², P. Lutz³, J. Bientz¹¹Service de réanimation médicochirurgicale pédiatrique spécialisée, CHU de Strasbourg, hôpital de Hautepierre, Strasbourg²Service de pédiatrie-II, CHU de Strasbourg, hôpital de Hautepierre, Strasbourg³Service d'oncologie pédiatrique, CHU de Strasbourg, hôpital de Hautepierre, Strasbourg

Introduction : Depuis le travail d'Antonelli en 1998, la ventilation non invasive (VNI), comme alternative à l'intubation dans le syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) a trouvé un regain d'intérêt chez l'adulte. Pour le sujet granulopénique en SDRA, la ventilation invasive s'associe à une mortalité particulièrement élevée chez l'adulte. Chez l'enfant immunodéprimé en SDRA, quelques travaux rétrospectifs et prospectifs retrouvent des résultats similaires. Le but de ce travail est de présenter les résultats obtenus chez les patients d'oncologie pédiatrique en aplasie fébrile et SDRA admis dans notre service et pour qui le choix d'une VNI avait été fait d'emblée à l'admission.

Patients et méthodes : Étude rétrospective de six cas de SDRA en aplasie traités par VNI, de 2005 à 2010, en réanimation pédiatrique au CHU de Strasbourg. L'interface utilisée était un masque facial nasal ou nasobuccal. Les respirateurs utilisés étaient soit l'Hélia 2 (SAIME, France), soit le Servo-i (Maquet, Allemagne).

Résultats : Sur les sept patients, quatre ont survécu. Les quatre survivants ont en commun d'avoir un score PELOD à j1 de 31/71, d'être âgés de plus de dix ans (11, 13–15 ans), de présenter un choc septique avec défaillance multiviscérale et SDRA. Trois étaient atteints de leucémie aiguë (myéloblastique 4 et 5, lymphoblastique B). La VNI était instaurée en mode aide inspiratoire et PEEP ou pression contrôlée selon l'effort du patient. Une sédation accompagnait la VNI (hydroxyzine, midazolam en continu). Un des patients a été ventilé en pression contrôlée, avec mise en place d'un masque laryngé 48 heures sous sédation profonde. Les patients sont sevrés de la VNI entre 12 et 18 jours. Deux épisodes d'hémorragie alvéolaire sous VNI sont survenus, jugulés par perfusion de facteur VII activé. Comme traitements adjuvants communs sont retrouvés NO et corticothérapie. Un patient a bénéficié, en plus, d'almitrine pendant trois jours. Les trois patients sont toujours en rémission. Les trois patients décédés étaient âgés de deux et cinq ans, avec des scores PELOD à j1 de 21/71, 31/71 et 52/71. Deux patients étaient atteints de leucémies aiguës myéloblastique et lymphoblastique B avec choc septique, SDRA et défaillance multiviscérale. Le troisième, atteint d'un gliome de haut grade, a présenté une pneumopathie à CMV avec inhalation compliquée d'un SDRA. Deux patients sont décédés des suites d'une hémorragie alvéolaire sous VNI, et un patient a été intubé après inhalation sous VNI et est décédé 48 heures plus tard.

Conclusion : Dans notre service de réanimation pédiatrique, chez le patient immunodéprimé en SDRA, la VNI a permis d'éviter l'intubation avec succès uniquement chez les enfants de plus de dix ans. Des améliorations techniques en termes d'interface, de respirateur, de nouveaux modes de ventilation (NAVA de Maquet en mode VNI) nous permettraient éventuellement de retenir également l'indication première d'une VNI en cas de SDRA sur aplasie chez l'enfant plus jeune. Enfin, une étude de pratique multicentrique suivie d'une étude prospective serait probablement nécessaire pour mieux définir la place et les modalités de la VNI dans cette indication.

Références

- Antonelli M, Conti G, Rocco M, et al (1998) A comparison of noninvasive positive-pressure ventilation and conventional mechanical ventilation in patients with acute respiratory failure. *N Engl J Med* 339:429–35

SP050**Analyse de la mortalité au service de réanimation pédiatrique du CHU Mohammed-VI de Marrakech**S. Sourour, Y. Zarrouki, O. Dilai, N. Elheimeur, S. Younous
Service de réanimation pédiatrique, CHU Mohammed-VI Marrakech, Marrakech, Maroc

Objectif : La mortalité est le principal indicateur utilisé pour mesurer la performance des services de réanimation, le but de notre travail est d'analyser, à travers l'activité de notre service de réanimation pédiatrique polyvalente, le profil des enfants décédés et leur pathologie, de discuter les différentes causes de mortalité, d'étudier la part des principaux facteurs influençant la mortalité de l'enfant dans notre structure et de décrire les conditions du décès.

Patients et méthodes : Étude rétrospective incluant les enfants d'âge inférieur à 15 ans décédés au service de réanimation pédiatrique du CHU Mohammed-VI de Marrakech, quelle que soit leur pathologie, durant la période 1^{er} janvier 2009–31 mai 2010.

Résultats : Durant la période de notre étude, 191 décès ont été déclarés, soit un taux de mortalité de 27,8 %, le sexe masculin a été légèrement prédominant par un sex-ratio de 1,1. Soixante-dix-huit pour cent des enfants sont issus d'un bas niveau socio-économique. L'analyse de ces dossiers a noté une surmortalité chez les nouveaux nés et les nourrissons d'âge inférieur à un an (62,3 % des décès). Le calcul du score de PIM II à l'admission a montré une mortalité prédite supérieure à 75 % chez 80 % des patients. 45,7 % des décès étaient enregistrés dans les premières 48 heures d'hospitalisation, et 68 % des décès ont été déclarés entre 18 heures et sept heures. Les maladies infectieuses ont représenté la première cause de mortalité ; elles étaient responsables de 40 % du total de décès, suivies des maladies respiratoires, des malformations congénitales, des maladies cardiovasculaires et des traumatismes qui étaient incriminés respectivement dans 25, 14,5, 9 et 8,5 % des décès.

Conclusion : Ce travail nous a permis de mettre en évidence la nécessité de fournir des efforts considérables, sanitaires, politiques, économiques à l'échelle nationale pour améliorer encore la mortalité infantile dans notre pays. Par ailleurs, la mortalité pédiatrique en milieu de réanimation doit appeler aussi une plus grande attention des autorités compétentes pour l'abaisser en reposant sur la restructuration de l'équipe soignante, la formation continue des personnels et l'entretien des infrastructures hospitalières.

Références

- Dillon JC (2003) Évolution de la santé des enfants dans le monde au cours de la période 1990–2000. *Med Trop* 63:407–12
- Camara B, Diouf S, Faye PM, et al (2005) Morbimortalité en milieu hospitalier pédiatrique dakarais. *Arch Pediatr* 12:1777–8

SP051**Réanimation postopératoire cardiaque chez l'enfant et dialyse péritonéale : étude épidémiologique rétrospective sur le CHU de Hautepierre**M. Bache¹, M. Fischbach², J. Bientz¹, A. Livolsi², L. Donato², P. Billaud³, H. Gros⁴, P. Desprez¹¹Service de réanimation pédiatrique, CHU de Strasbourg, hôpital de Hautepierre, Strasbourg, France²Service de pédiatrie, CHU de Strasbourg, hôpital de Hautepierre, Strasbourg, France³Service de chirurgie cardiaque, CHU de Strasbourg, hôpital civil, Strasbourg, France⁴Service d'anesthésie, CHU de Strasbourg, hôpital civil, Strasbourg, France

Introduction : L'insuffisance rénale aiguë avec nécessité d'épuration extrarénale en période postopératoire d'une CEC en pédiatrie touche entre 1,6 et 33 % des patients.

Patients et méthodes : Notre étude rétrospective reprend les données des enfants hospitalisés en réanimation pédiatrique au CHU de Haute-pierre, Strasbourg, entre le 1^{er} juin 2008 et le 31 décembre 2009, qui ont bénéficié d'une chirurgie cardiaque, pour rechercher des facteurs de risque d'insuffisance rénale aiguë avec nécessité de dialyse péritonéale en postopératoire.

Résultats : Elle met en évidence 85 enfants opérés dont 63 sous CEC. Le taux de nécessité de mise en place d'une dialyse péritonéale est de 28,6 % chez les enfants opérés sous CEC (18/63), pour des raisons d'oligoanurie dans 77,8 % des cas, de besoins en remplissage vasculaire importants avec diurèse non adaptée dans 5,5 % des cas ou de surcharge hydrosodée majeure dans 5,5 % des cas. Deux enfants dialysés ont eu une dialyse de soutien devant leur jeune âge et une durée de CEC longue, sans complications rénales postopératoires. Les facteurs de risque pré- et peropératoires mis en évidence de manière significative sont le petit poids ($p = 0,008015$), la complexité de l'intervention chirurgicale selon le Basic Aristotle Score ($p = 0,000239$), la durée de CEC ($p = 0,005365$) et du clampage de l'aorte ($p = 0,002637$), la présence et la durée du bas débit cardiaque per- et postopératoire ($p = 0,00025$ et $p < 0,000001$) ainsi que l'impossibilité de fermeture sternale immédiate ($p = 0,00026$). L'analyse multivariée par régression logistique retrouve comme facteurs de risque de nécessité de dialyse postopératoire une durée de CEC supérieure à 145 minutes (OR : 5,677 ; IC 95 % : [1,429–22,563] ; $p = 0,014$), une durée de pression artérielle moyenne en dessous du seuil pour l'âge supérieure à 30 minutes (OR : 14,095 ; IC 95 % : [1,632–121,73] ; $p = 0,16$) et l'impossibilité de fermeture sternale immédiate (OR : 44,246 ; IC 95 % : [2,222–881,215] ; $p = 0,13$). Ces OR permettent l'élaboration d'un score prédictif, par méthode de pas à pas ascendant, avec une sensibilité de 91 % mais une spécificité de 61 % seulement.

Conclusion : Une mise en route très précoce de la dialyse péritonéale est essentielle pour éviter les complications liées à l'insuffisance rénale et à la surcharge hydrosodée et pour assurer une homéostasie optimale chez ces patients instables. Pour cette raison, la mise en place du cathéter de dialyse à la fin de l'intervention chirurgicale, en cas de facteurs de risque de nécessité de dialyse, est fondamentale. L'élaboration d'un score de risque de nécessité d'épuration extrarénale par régression logistique est approchée afin d'identifier les enfants à risque, mais nécessite encore une validation par étude prospective dans notre service.

SP052

Intérêt des scores de gravité traumatologiques adultes dans l'évaluation du pronostic des enfants traumatisés

H. Ksibi¹, M. Abdelkafi², H. Kanoun¹, N. Abbas¹, M. Bahloul³, M. Bouaziz³, N. Rekik¹

¹Service des urgences et Samu 04, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

²Service de radiologie, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

³Service de réanimation médicale, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction : Les traumatismes graves de l'enfant ont des caractéristiques propres liées à des particularités anatomiques, physiologiques et aussi dues à des mécanismes lésionnels différents. Ils sont responsables d'un décès dans 14 à 25 % des cas [1,2]. Le Pediatric Trauma Score (PTS), le PRISM et le GCS sont les plus utilisés chez l'enfant traumatisé. Le but est d'évaluer les scores traumatologiques adultes (ISS, Revised Trauma Score [RTS] et TRISS) en pédiatrie.

Patients et méthodes : Étude rétrospective qui s'est déroulée sur une période de trois ans (du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2009). En analysant les différents scores traumatologiques adultes et pédiatriques, nous avons opté à dégager les facteurs prédictifs du décès par analyse univariée et multivariée.

Résultats : Deux cent vingt-cinq enfants (2,5 % de l'ensemble des admissions dans notre service) ont été admis suite à un traumatisme. La moyenne d'âge a été de $6,2 \pm 4$ ans, avec une nette prédominance masculine, un sex-ratio à 2 (151 garçons et 74 filles). On a colligé 19 décès (8,4 %). En analyse univariée, les différents scores généralistes et/ou traumatologiques pédiatriques et traumatologiques adultes ont été corrélés au décès. Par analyse multivariée, seuls le PELOD et l'ISS étaient des facteurs indépendants qui restent toujours prédictifs du pronostic (OR : 0,12 ; IC 95 % : [0,085 ; 10,17] ; $p = 0,04$) et (OR : 0,12 ; IC 95 % : [1,05 ; 36,85] ; $p = 0,04$), respectivement.

Discussion : Le PTS et le RTS sont les deux scores les plus utilisés chez l'enfant traumatisé. L'ISS qui est de faible apport chez l'adulte trouve plus de place en traumatologie pédiatrique. Nos résultats concordent avec la littérature. Les scores généralistes pédiatriques, particulièrement le PELOD, méritent plus d'intérêt dans l'évaluation du pronostic des enfants traumatisés.

Conclusion : La prise en charge d'un traumatisme grave de l'enfant doit faire appel à une stratégie bien définie : reconnaître et traiter les détresses vitales immédiates, établir un premier bilan lésionnel par l'application des scores traumatologiques adultes et définir les priorités thérapeutiques.

Références

1. Navascués del Río JA, Romero Ruiz RM, Soletto Martín J, et al (2000) First Spanish Trauma Registry: analysis of 1500 cases. *Eur J Pediatr Surg* 10:310–8
2. Cantais E, Paut O, Giorgi R, et al (2001) Evaluating the prognosis of multiple, severely traumatized children in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 27:1511–7

SP053

Pronostic de l'insuffisance rénale aiguë (IRA) chez l'enfant en réanimation pédiatrique au CHU ORAN

D.D. Batouche, D. Boumendil, B. Khemliche, S. Boudjahfa, K. Tabliouna, Y. Touhami, S. Abassini, M.A. Negadi, Z. Mentouri-Chentouf

Service de réanimation pédiatrique, CHU d'Oran, Oran, Algérie

Introduction : L'insuffisance rénale aiguë (IRA) chez l'enfant continue à avoir un pronostic sombre, malgré les avancées technologiques. Le but de notre travail est de déterminer les facteurs de risque de mortalité chez les patients admis en réanimation pédiatrique par analyse univariée.

Patients et méthodes : Nous passons en revue 226 dossiers d'enfants du 1^{er} septembre 1994 au 31 décembre 2009, l'âge, le sepsis, la ventilation artificielle, le support hémodynamique, la diurèse, une IRA requérant une EER ont été analysés entre enfants survivants et décédés.

Résultats : Ils sont développés dans le Tableau 1. Les facteurs pronostiques sont cumulés dans le Tableau 2.

Discussion : Les facteurs pronostiques sont liés à l'âge, à l'IRA elle-même, à la gravité à l'admission, au nombre de défaillances d'organes. La nécrose tubulaire aiguë (NTA), principal mécanisme, augmente la mortalité hospitalière de 25 %, résultat similaire retrouvé dans d'autres séries.

Étiologies	Pourcentage
Étiologies des IRA fonctionnelles	31,8
DSH	22,10
Hypovolémie (efficace ou relative)	09,70
Étiologies des IRA organiques	63,4
Nécrose tubulaire aiguë (NTA)	46,90
Glomérulopathies	11,50
Néphropathies vasculaires	5,00
Étiologies des IRA postreñales	4,41
Obstruction ou compression des voies urinaires	3,53
Pathologie tumorale	0,88

	Vivants (n = 170)	Décédés (n = 56)	p
Âge			
1–11 mois	46 (27 %)	33 (58 %)	0,001
1–5 ans	28 (16 %)	5 (8 %)	
5–10 ans	51 (30 %)	9 (15 %)	
10–15 ans	44 (26 %)	10 (17 %)	
Diurèse oligoanurie	147 (86 %)	53 (94 %)	0,006
Ventilation	8 (4,7 %)	48 (85,7 %)	0,001
Support HD	2 (1,17 %)	43 (76,7 %)	0,002
Rifle (F)	6 (3 %)	43 (76 %)	
Créatininémie	26,8 ± 8 mg/l	34,8 ± 11 mg/l	0,001
PRISM	11,9 ± 1,5	19,03 ± 4,1	0,003
Sepsis	11 (6 %)	34 (60 %)	0,001
DMV ≥ 2	1 (0,5 %)	39 (66 %)	0,001
Avec EER	84 (49 %)	46 (82 %)	0,003
Sans EER	86 (89 %)	10 (10 %)	NS

Conclusion : Le pronostic des IRA reste sévère, les définitions consensuelles de l'IRA permettront peut-être une meilleure approche thérapeutique.

Références

- Bailey D, Phan V, Litalien C, et al (2007) Risk factors of acute renal failure in critically ill children: A prospective descriptive epidemiological study. *Pediatr Crit Care Med* 8:29–35
- Loza R, Estremadoyro L, Loza C, Cieza J (2006) Factors associated with mortality in acute renal failure (ARF) in children. *Pediatr Nephrol* 21:106–9

SP054

État de mal convulsif de l'enfant : étiologies et prise en charge en réanimation pédiatrique

D. Boumendil, D. Batouche, B. Khemliche, S. Boudjahfa, M.A. Negadi, Z. Chentouf Mentouri

Service de réanimation pédiatrique, CHU d'Oran, Oran, Algérie

Introduction : L'état de mal épileptique (EME) est une urgence médicale grave mettant en jeu souvent le pronostic vital et fonctionnel. C'est un des motifs fréquents d'admission en réanimation : 13 % des admissions hospitalières durant l'année 2008–2009. Le problème de l'état de mal convulsif ne réside pas uniquement en sa reconnaissance, mais plutôt dans la recherche de la cause, laquelle conditionne le traitement et le pronostic.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective descriptive de 150 dossiers d'enfant admis pour état de mal convulsif du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009 en réanimation pédiatrique du CHU d'Oran, Algérie.

Résultats : Dans cette série, l'âge moyen est de quatre ans (minimum : 28 jours, maximum : 17 ans et demi) avec un sex-ratio égal à 1,45 (61 filles/89 garçons). Soixante pour cent des EME sont fébriles, 81 % des cas d'EME sont généralisés. Les différentes étiologies sont résumées dans le Tableau 1. Au plan de la prise en charge, 69 enfants (46 %) ont nécessité une ventilation artificielle. Dans cette série, la mortalité est de 22 %.

Causes	Effectif (%)
Maladie épileptique	46 (31)
Convulsions occasionnelles	41 (27)
Infections du système nerveux central	37 (25)
Convulsions fébriles	17 (11)
Cause indéterminée	09 (06)

Discussion : Dans notre série, les trois étiologies les plus fréquentes sont l'épilepsie maladie, les convulsions occasionnelles et l'infection du système nerveux central. Dans la littérature, les méningoencéphalites représentent 12 % des EME. La mortalité dans notre série est importante ; comparée aux données de la littérature, elle varie de 2,7 à 5,2 %.

Conclusion : Une bonne approche du diagnostic étiologique par l'apport complémentaire de l'électroencéphalogramme, de l'imagerie cérébrale et des examens virologiques avec une standardisation de la prise en charge permettra d'améliorer le pronostic de ces états de mal convulsif.

Références

- Dupont S, Crespel A (2009) États de mal épileptique : épidémiologie, définitions et classifications. *Réanimation* 18:13–20
- Guerguerian AM (1999) Encéphalite aiguë grave pédiatrique : 14 cas consécutifs. *Réanim Urgences* 8:395–8