



28 Mai 2020

ApelipNews # 32

Déjà 32 numéros de l'ApelipNews ! Des revues de presse et d'articles scientifiques ont été sélectionnés par le comité de rédaction de l'APELIP ; à travers lesquels, nous avons tenu à vous informer sur la pandémie COVID 19. A l'approche du déconfinement, nous jugeons que différents aspects de cette nouvelle infection ont été abordés. Nous vous annonçons que ce sera le dernier numéro « Spécial COVID ». L'ApelipNews reprendra en octobre avec un nouveau souffle et une nouvelle formule. D'ici là, portez vous bien, protégez vous et soyez au rendez-vous lors du prochain numéro.

Nous tenons à vous remercier infiniment pour le soutien et l'intérêt que vous avez manifesté.

Multicentre Italian study of SARS-CoV-2 infection in children and adolescents, preliminary data as at 10 April 2020.

The Italian SITIP-SIP Pediatric Infection Study Group.. Euro Surveill. 2020;25(18):pii=2000600. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.18.2000600>

Il s'agit d'une étude multicentrique italienne portant sur 11 des 13 hôpitaux exclusivement pédiatriques et 51 des 390 unités pédiatriques à travers l'Italie.

Matériel et méthode : étude rétrospective 25 mars 2020.jusqu'au 10 avril 2020 critères d'inclusion : âge de 1 jour à 17 ans, avec au moins un prélèvement nasal / pharyngé positif à la RT-PCR SARS-CoV-2 ET un suivi adéquat jugé nécessaire par le clinicien pour définir le résultat final (généralement 2 semaines).

Résultats: 168 enfants et adolescents avec COVID-19 documenté:

Parameter	Total (n)	Percentage (%)
Age (years)		
Mean, median (IQR)	5, 2.3 (0.3–9.6)	NA
Age groups		
<1 year ^a	66	39.3
1–5 years	38	22.6
6–10 years	24	14.3
11–17 years	40	23.8
Sex		
Males	94	55.9
Females	74	44.1
Signs and symptoms^b		
Fever ranging from 37.5–39°C	138	82.1
Cough	82	48.8
Rhinitis	45	26.8
Diarrhoea	22	13.1
Dyspnoea	16	9.5
Pharyngitis	9	5.4
Vomiting	9	5.4
Conjunctivitis	6	3.6
Chest pain	4	2.4
Fatigue	3	1.8
Non-febrile seizures	3	1.8
Febrile seizures	2	1.2
Hospital admission within age groups		
<1 year	52	78.8
1–5 years	24	63.2
6–10 years	13	54.2
11–17 years	21	52.5
Total	110	65.1

Comorbidités : 33/168 (19,6%). Le taux d'hospitalisation était similaire entre les enfants avec comorbidités (23/33, 70%) et celles sans (87/135, 64%).

Source d'infection : un contact étroit avec une personne infectée par COVID-19 en dehors de la famille a été rarement signalé. Sur les 168 des enfants 113(67,3%) avaient au moins un parent dont le test de dépistage du SARS-CoV-2 était positif. L'apparition des symptômes chez les parents a précédé les symptômes chez l'enfant infecté de 1 à 14 jours en 88/113 (77,8%).

Résultats sanguins : Parmi les enfants qui ont subi des tests sanguins, 47/121 (38,8%) avaient une CRP > 0,5 mg / dl.

Complications : 33/168 (19,6%) ont développé des complications type : pneumonie interstitielle 26/168 (15,5%), maladie respiratoire aiguë sévère 14/168 (8,3%) et vascularite périphérique 1/168 (0,6%)

Aucun enfant n'a bénéficié de TDM thoracique; la pneumonie a été évaluée par radiographie ou échographie pulmonaire dans 75/168 cas .

Co-infection : documentée dans 10/168 (5,9%), y compris 3 VRS, 3 rhinovirus, 2 EBV, 1 virus grippe A, 1 infection à coronavirus non-SRAS, 1 Streptococcus pneumoniae.

Traitement : 16/168 (9,5%) ont nécessité une oxygénothérapie. Deux ont été admis aux soins intensifs pour ventilation mécanique (1 nouveau-né prématuré et un enfant de 2 mois atteint d'une cardiopathie congénitale). Seuls 49/168 (29,2%) enfants (avec comorbidités) ont reçu des traitements expérimentaux du SRAS-CoV-2, y compris le lopinavir / ritonavir, l'hydroxychloroquine et / ou l'azithromycine / clarithromycine, des stéroïdes systémiques.

Tous les enfants, y compris ceux présentant des comorbidités, ont bien évolué ; aucune séquelle n'a été signalée au moment de la soumission.

Ces données pédiatriques contrastent avec le nombre élevé de cas et le taux de létalité observés chez les adultes en Italie. Les enfants représentaient un pourcentage marginal de ceux hospitalisés en Italie pour une infection par le SRAS-CoV-2.

Symptomatic Infection is Associated with Prolonged Duration of Viral Shedding in mild coronavirus Disease 2019. A Retrospective Study of 110 Children in Wuhan

[The Pediatric Infectious Disease Journal: May 5, 2020 - Volume Online First - Issue -](#)

Cette étude rétrospective a analysé les données démographiques, cliniques, biologique, radiologiques et thérapeutiques des dossiers médicaux électroniques de 110 enfants hospitalisés pour COVID-19 (formes mineures/asymptomatiques) à l'hôpital d'enfants de Wuhan dans le Hubei, en Chine entre le 30 Janvier et le 10 Mars 2020.

Les critères d'inclusion: écouvillonnage nasopharyngé RT-PCR SRAS-CoV-2 positif et des patients sortis de l'hôpital après guérison (une cohorte initiale de 127 enfants a été réduite à 110 après exclusion de 2 cas critiques et de 15 enfants pour lesquels le début de la maladie n'a pas pu être déterminé avec précision).

Conception de l'étude: apparition des symptômes, exposition la plus récente (probablement à des contacts confirmés ou symptomatiques du SRAS-CoV-2, bien que cela ne soit pas spécifié), le délai entre diagnostic et la sortie de l'hôpital. Les patients ne sont sortis qu'une fois deux résultats d'écouvillonnage négatifs consécutifs à la RT-PCR SARS-CoV-2 (séparés d'au moins 24 heures).

Les auteurs ont calculé la durée de l'excrétion virale pour (a) les patients symptomatiques (81/110, 74%) comme le temps entre le début de la maladie et la sortie et pour (b) les patients asymptomatiques (29/110, 26%) comme le temps à partir de la date de exposition la plus récente OU imagerie radiologique thoracique anormale (raison de l'imagerie non spécifiée chez ces patients asymptomatiques) et la sortie.

Cette définition de la durée de l'excrétion virale, avec un point de départ vraisemblablement dans la plupart des cas, un début rétrospectif rapporté par les parents de symptômes ou d'exposition à un contact infectieux, et le point final deux écouvillons négatifs menant à la sortie de l'hôpital, rend l'interprétation des chiffres de durée problématique. L'excrétion virale dans l'urine et les fèces n'a pas été mesurée.

Caractéristiques cliniques : L'âge médian des 110 enfants était de 6 ans (2-9); 59 Masculin/51 féminins. Les symptômes comprenaient: toux et dyspnée 57/110 (52%), fièvre 56/110 (51%), troubles digestifs (diarrhée, vomissements, , anorexie, douleurs abdominales) 26/110 (24%), rhinorrhée 10/110 (9%).

Radiologie : 64/103 (62%) avaient une imagerie thoracique non spécifique signalant une pneumonie (55/75 symptomatique (73%) et 9/28 asymptomatique (32%)).

Biologie : taux de leucocytes $<4,0 \times 10^9 / L$ chez 6/110 (5%) (Tous les 6 étaient symptomatiques). GB $> 10,5 \times 10^9 / L$ chez 12/110 (11%) (9 symptomatiques et 3 asymptomatiques).. Hémoglobine $<110 \text{ g} / L$ chez 13/110 (12%) (tous 13 symptomatiques). Fibrinogène $<2,0 \text{ g} / L$ chez 34/90 (38%) (20 symptomatiques et 14 asymptomatiques). CRP $> 3,0 \text{ mg} / L$ chez 21/110 (19%) (18 symptomatiques et 3 asymptomatiques). Procalcitonine $> 0,05 \text{ ng} / \text{mL}$ chez 52/110 (47%) (43 symptomatiques et 9 asymptomatiques). AST $> 50,0 \text{ U} / L$ en 19/110 (17%) (Tous 19 symptomatiques).

Traitement : Aucun des patients n'a nécessité d'oxygénothérapie. Tous ont reçu un traitement antiviral, principalement de l'interféron-a généralement nébulisé. Selon le tableau de données, 22/110 a reçu un traitement de médecine chinoise, bien qu'aucun détail ne soit donné et il n'est pas clair s'il s'agissait d'une pré-hospitalisation. La durée médiane de séjour à l'hôpital était de 10 jours (8-13).

Conclusions : La durée médiane de l'excrétion virale de COVID-19 était de 15 jours (intervalle interquartile [IQR], 11-20 jours). Cette période était plus courte chez les patients asymptomatiques (26,4%) que chez les patients symptomatiques (73,6%) (11 jours vs 17 jours). Une Analyse en régression multivariable montre qu'une infection symptomatique, de la fièvre, une pneumonie et un nombre de lymphocytes $<2,0 \times 10^9 / L$ étaient associés à une durée prolongée de l'excrétion. La surveillance des symptômes pourrait aider à connaître l'excrétion virale chez les enfants atteints de COVID-19.

Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19

Lazzerini, Marzia et al, *The Lancet Child & Adolescent Health*,
Publié le 9 avril 2020, [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30108-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30108-5)

Il s'agit d'un rapport d'études de cas pendant la pandémie de COVID-19 en Italie d'enfants dont les présentations auraient été retardées en raison des craintes des parents de venir à l'hôpital. Ils rapportent dans 5 hôpitaux entre le 1er mars et le 27 mars 2020, une diminution de la fréquentation des urgences pédiatriques allant de 73 à 88% par rapport à la même période 2019 et 2018.

Au cours de cette période, durant la semaine du 23 au 27 mars, 12 enfants ont été identifiés avec retard de diagnostic et un accès tardif aux soins hospitaliers;

Les parents ont déclaré avoir évité de se rendre à l'hôpital en raison de préoccupations concernant l'infection par le SRAS-CoV-2. Six d'entre eux ont été admis en unités de soins intensifs avec 4 décès. Ces cas incluaient 2 enfants avec une décompensation acidocétosique, 2 enfants atteints de leucémie aiguë, 2 enfants atteints de paralysie cérébrale, 1 cas avec pneumonie et convulsion fébrile, 1 cas de pyélonéphrite, 1 cas sténose pylorique, 1 cas tumeur de Wilm, 1 cas avec vomissements et hypoglycémie et 1 avec une insuffisance rénale en dialyse.

Cette série de cas met en évidence les préoccupations de nombreux pédiatres selon lesquelles plus de décès seront observés chez les enfants à la suite de dommages collatéraux nés de la réponse COVID-19, que de décès dus au COVID-19.

Un contrôle accru de l'accès aux soins cliniques de routine est nécessaire durant la pandémie de COVID-19. Les parents doivent être pleinement conscients que les risques de retard d'accès aux soins hospitaliers en cas d'urgence peuvent être beaucoup plus élevés que celles posées par COVID-19.

AAP updates guidance on new borns whose mothers have suspected or confirmed COVID-19

Alyson SulaskiWyckoff, 21 mai 2020 www.aappublications.org/news/2020/01/28/coronavirus .

Les directives AAP fournissent une mise à jour sur les soins aux nourrissons nés de mères dont le COVID-19 est suspecté ou confirmé.

Le rapport « Prise en charge des nourrissons nés de mères dont le COVID-19 est suspecté ou confirmé» relate les précautions à prendre pour les accoucheuses, la cohabitation, le clampage tardif du cordon, l'allaitement, les tests, les soins intensifs néonataux et la sortie de l'hôpital.

Mis à jour à partir du 2 avril, le guide soutient la plupart des mères qui tiennent leur bébé pendant les pratiques de clampage retardé cordon. Il propose des options pour séparer la mère et le nouveau-né pour aider à protéger le nourrisson contre l'infection; offre des détails sur les soins basés sur les tests effectués sur les nourrissons; et précise qu'il n'y a aucun avantage à la sortie précoce de l'hôpital des nouveau-nés COVID négatif.

Conseils clés

Clampage retardé du cordon: Ces pratiques doivent se poursuivre conformément à la pratique habituelle du centre, tout en suivant les précautions de contrôle des infections.

«Il n'y a aucune raison pour que le nourrisson ne bénéficie pas des avantages d'un clampage du cordon retardé et d'un contact peau à peau après l'accouchement», a déclaré le Dr Puopolo.

Hospitalisation des mères: les experts sont divisés sur la meilleure ligne de conduite car le risque reste inconnu. Certains nouveau-nés se portent bien et d'autres peuvent devenir très malades. Bien qu'il soit difficile de séparer la mère de l'enfant, c'est l'action la plus sûre, au moins temporairement. La séparation peut laisser le temps à la mère de devenir moins contagieuse. Pour une séparation temporaire, admettez le nouveau-né dans un endroit éloigné de la mère et des nouveau-nés non affectés. Utilisez des blouses, des gants, des masques standards et une protection oculaire.

Le guide fournit également des mesures à prendre lorsque la séparation n'est pas possible ou que la mère choisit de rester.

"Le but ... n'est pas de séparer une famille de son nouveau-né", a déclaré le Dr Puopolo. «L'AAP reconnaît le terrible tribut que cette séparation peut faire peser sur chaque famille et chaque nouveau-né. Le but de nos conseils est de diminuer le risque qu'un nouveau-né contracte une infection potentiellement grave, voire mortelle. AAP soutient entièrement le travail avec une famille pour déterminer la meilleure façon d'assurer la sécurité de leur nouveau-né. »

Allaitement maternel : l'AAP soutient fortement l'allaitement maternel comme le meilleur choix pour l'alimentation. À ce jour, le lait maternel est considéré comme une source improbable de transmission du SRAS-CoV-2. Après une hygiène appropriée, les mères peuvent exprimer le lait maternel, qui peut être administré au nourrisson par un soignant non infecté. Les mères qui préfèrent allaiter leur bébé doivent suivre de strictes précautions préventives.

Test de dépistage du SARS-CoV-2 chez les nouveau-nés: Pour plus de détails, consultez le rapport complet.

Sortie de l'hôpital : Les nourrissons nés de mères atteintes de COVID-19 n'ont pas besoin de sortir plus tôt que la pratique habituelle du centre. En plus:

Si un nourrisson a un résultat positif au SRAS-CoV-2 mais ne présente aucun signe de COVID-19, planifiez un suivi ambulatoire fréquent pendant 14 jours et suivez les précautions; voir les directives du CDC (Centers for Disease Control and Prevention).

Si un nourrisson a un résultat négatif pour le SRAS-CoV-2, il est utile que, après la sortie, le nouveau-né et la mère bénéficient du soutien d'un professionnel de santé non infecté désigné. Cependant, la plupart des nouveau-nés seront renvoyés dans des familles où d'autres soignants ont été exposés à et peuvent avoir contracté une infection. Par conséquent, fournissez une éducation écrite et verbale.

En cas de difficulté, la mère doit maintenir une distance d'au moins 6 pieds (1,80m) lorsque cela est possible et utiliser un masque et une hygiène des mains lorsqu'elle s'occupe directement du nouveau-né; consultez le rapport complet pour plus de détails.

Si le nourrisson ne peut pas être testé, alors traitez-le comme s'il était séropositif pour l'observation de 14 jours. La mère doit maintenir ses précautions jusqu'à ce qu'elle réponde aux critères de non-infectivité.

Visites à l'unité de soins intensifs néonataux : Les mères et les partenaires qui sont suspects ou confirmés COVID-19 ne devraient pas entrer dans l'USIN jusqu'à ce que leur statut soit résolu. Le guide comprend des détails du CDC sur la façon de définir quand une personne devient non infectieuse.

Sortie précoce pour les nourrissons nés de mères négatives aux COVID: la sortie précoce dans le but de réduire le risque d'infection n'offre aucun avantage au nouveau-né ou à la famille. Elle peut même imposer des charges supplémentaires aux familles pour avoir accès aux services de pédiatrie ambulatoires pour fournir les soins et dépistages recommandés pour les nouveau-nés

Webinar organisé par l'APELIP

<http://webinarnestle.com/>

INVITATION

Nestlé

EN COLLABORATION AVEC

SMGENP

APELIP
Association des Pédiatres
de Libre Pratique
de la Wilaya de Rabat

Nestlé Nutrition Maroc organise en collaboration avec La SMGENP et l'APELIP
un **WEBINAR** sur les dernières actualités en nutrition pédiatrique.

Pr NEZHA MOUANE
Professeur de Pédiatrie et Chef
de Service à l'hôpital d'enfants
de RABAT

**Allaitement maternel
et Nutrition du bébé et de
l'enfant en période
de COVID-19**

Pr UMBERTO SIMEONI
Professeur de Pédiatrie
à l'Université de Médecine
de Lausanne

**Les oligosaccharide du Lait
Maternel (HMO) : LE 2FL, son rôle,
ses bénéfices et supériorité.
Cas de NAN® HMO**

Modérateurs :

Dr Khalid Bouhmouch
Pédiatre et Président
de L'Amicale des Pédiatres de Libre
Pratique de la Wilaya de Rabat

Pr Lamya Karboubi
Professeur de Pédiatrie
à la Faculté de Médecine de Rabat

Vendredi 29 Mai 2020
À 18H30

Merci de cliquer sur le lien ci-dessous
pour s'inscrire et recevoir le lien direct du webinar



L'APÉLIP en partenariat avec Bottu



organisent
WEBINAR INTERACTIF LIVE

Jeudi 4 Juin 2020 19h30

Speakers

Thème 1 :

” **Syndrome de kawasaki like et le covid -19** ”



Dr François MARIE CARON
Ancien Président de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire AFPA

Thème 2 :

” **Déconfinement : prise en charge aux urgences pédiatriques et aux cabinets de pédiatrie** ”



Pr Lamya KARBOUBI
Service des urgences pédiatriques
Hôpital d'enfants à Rabat



Dr My Said AFIF
Pédiatre Président INFOVAC
MAROC & ACPP

Modérateurs



Dr Khalid BOUHMOUCH
président de l'APÉLIP



Pr Zineb GHANIMI
Pédiatre Rabat

Vous pouvez accéder à ce webinar en cliquant ici :

Rendez-vous : Le jeudi 4 juin à 19h30

Transmission directe sur : **GoToWebinar**

Conférence gérée par l'agence ORB&M
www.orb&m.com

Street Art



1220283276

Caricatures du jour

