

# Découverte fortuite d'une hypertriglycéridémie sévère chez un nourrisson d'un mois au cours d'une pyélonéphrite aiguë

G.Chehrastane<sup>1</sup> Y. El kettani<sup>1</sup> S. Amari<sup>2</sup> L.Benchakroune<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratoire Central De Biochimie Chu Ibn Sina - Rabat Maroc,

<sup>2</sup>Service De pédiatrie 3, hôpital des enfants, Chu Ibn Sina - Rabat Maroc

## Contextualisation:

L'hypertriglycéridémie sévère est une pathologie rarement diagnostiquée en période néonatale qui se caractérise par un taux sérique de triglycérides à jeun >1g/l et est souvent associée à une pancréatite aiguë et un syndrome d'hyperviscosité.

## Objectifs

Nous rapportons le cas d'un nourrisson présentant une PNA au cours de laquelle une hypertriglycéridémie sévère a été révélée par un sang rose lactescent.

## Méthode:

il s'agit d'un nourrisson de sexe masculin de 45 jours, né de parents consanguins 1<sup>er</sup> degré et qui était sous allaitement maternel exclusif avec absence de prise médicamenteuse. Le nouveau né a été admis pour une pyélonéphrite aiguë évoluant depuis 10 jours et aggravée 2 jours avant par une fièvre à 39.7°C accompagnée de convulsion. A l'examen clinique il était pâle, hypotonique et déshydraté avec un poids à 5.5kg, et une taille à 58cm alors que le reste de l'examen clinique était sans particularités.

## Résultats obtenus ou attendus:

Le sang prélevé était d'aspect rose lactescent (figure 1) et les valeurs biologiques n'ont pas pu être étiquetées par les automates. L'ECBU était positif à *E.coli* 10<sup>4</sup> UFC/ml. Le nourrisson a été mis sous ceftriaxone et un schéma de réhydratation. Le deuxième bilan biologique a objectivé : une CRP à 103mg/L, une concentration très élevée des triglycérides (218 g/L) et de cholestérol total (18 g/L), le bilan thyroïdien, hépatique, l'ionogramme sanguin, la fonction rénale, et la lipasémie étaient normaux.

L'échographie cardiaque, l'écho Doppler des vaisseaux du cou et des membres inférieurs étaient sans particularités. Une enquête familiale, ainsi que le bilan lipidique des parents et de la fratrie revenant sans particularités. Le nourrisson était ensuite mis sous allaitement artificiel pauvre en teneur lipidique et déclaré sortant après une évolution marquée par une amélioration des symptômes. Le nourrisson a été réadmis un mois plus tard pour l'apparition de vomissement avec refus de tété. Le bilan biologique a objectivé une lipasémie à 116,7 U/L, TG à 28g/L et ChT à 3,24g/L et l'échographie abdominale a confirmé la pancréatite stade A. L'enfant fut mis sous repos digestif et sous fénofibrate (10mg/Kg) avec une très bonne amélioration clinique et biologique marquée par une Lipasémie à 41U/L, ChT à 1.9g/L et TG à 8g/L.



Figure 1

## Discussion:

L'hypertriglycéridémie sévère est une affection potentiellement mortelle qui peut avoir des causes primaires et secondaires. Elle se traduit chez l'enfant par une augmentation du taux de TG plasmatiques au-delà du 95<sup>ème</sup> percentile. Environ 50% des enfants présentant des dyslipidémies continuent à avoir des taux de lipides élevés à l'âge adulte. Les troubles lipidiques peuvent survenir soit comme événement primaire ou secondaire. L'hypertriglycéridémie primaire est le résultat de divers défauts génétiques ; notamment dans les Dysbêtalipoprotéïnémie, les hypertriglycéridémies ou les hypercholestérolémies familiales et les déficits en lipoprotéine lipase. Les causes secondaires peuvent inclure les causes endocriniennes, les maladies métaboliques, les causes hépatiques (hépatite aiguë, cholestase), le syndrome néphrotique, et les causes médicamenteuses. Un diagnostic précoce est important pour prévenir les complications comme la pancréatite aiguë. Les options thérapeutiques restent limitées mais Le fénofibrate est fortement recommandé dans l'hypertriglycéridémie grâce à son efficacité et sa bonne tolérance chez les enfants. Des études ont montré que les taux de TG diminuaient avec l'utilisation de fibrates comme dans le cas de notre patient.

## Conclusion:

L'hypertriglycéridémie demeure une pathologie rare chez le nourrisson mais grave par ses conséquences et les données sont insuffisantes concernant sa prise en charge.

## Références:

- Pai SA. et Al Strawberry pink blood. Indian J Hematol Blood Transfus. 2016.
- Valaiyapathi, B., Sunil, B. and Ashraf, A.P. (2017) Approach to Hypertriglyceridemia in the Pediatric Population. Pediatrics in Review, 38, 424-434.
- Manlhiot, C., Larsson, P., Gurofsky, R.C., Smith, R.W., Fillingham, C., Clarizia, N.A., et al. (2009) Spectrum and Management of Hypertriglyceridemia among Children in Clinical Practice. Paediatrics, 123, 458-465.
- Bamba V. Update on screening, etiology, and treatment of dyslipidemia in children. J Clin Endocrinol Metab 2014.