



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

Les infections virales nosocomiales chez l'enfant ou le NN sont peu documentées, contrairement aux infections bactériennes. La responsabilité des CV dans leur survenue mériterait une évaluation sur un grand effectif.

- 1 Guidicelli J, Dutail F, Thouvenot D, Durunge J, Bellon G. Infection à coronavirus du nourrisson: atteinte des voies aériennes basses, apnée et mort subite? (Lettre) *Arch Pédiatr* 1995;2:85
- 2 Sizun J, Soupre D, Legrand MC et al. Rôle pathogène des coronavirus en réanimation pédiatrique: analyse rétrospective de 19 prélevements positifs en immunofluorescence indirecte. *Arch Pédiatr* 1994;1:477-80
- 3 Sizun J, Soupre D, Giroux JD et al. Nasal colonization with coronavirus and apnea of the premature newborn. (Letter) *Acta Paediatr* 1993;82:238
- 4 Sizun J, Soupre D, Legrand MC et al. Neonatal nosocomial respiratory infection with coronavirus: a prospective study in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatr* 1995 (sous presse)

*Arch Pédiatr* (1995) 2, 1020-1021

## Risque de méthémoglobinémie après application d'Emla® chez les prénaturés

E Gourrier, J Leraillez

Service de médecine néonatale, hôpital René-Dubos, 6, avenue Ile-de-France, 95301 Pontoise, France

(Reçue le 2 mai 1995; acceptée le 14 juin 1995)

Nous avons lu avec intérêt la lettre de Nioloux et al [1] concernant un cas d'hyperméthémoglobinémie après application d'Emla® chez un nouveau-né hypotrope. Il est cependant dommage que la quantité de crème Emla® appliquée, avant pose de cathéter central, ne soit pas précisée.

Auparavant, un seul accident d'hyperméthémoglobinémie après Emla® a été décrit dans la littérature. Il concerneait un nourrisson de 12 semaines qui avait eu des applications multiples et prolongées (5 heures), mais qui était par ailleurs traité par trimétoprim-sulphaméthoxazole; or les sulfamides sont des produits méthémoglobinisants connus: l'association Emla®-sulfamide pouvait être responsable de la méthémoglobinémie observée [2].

Nous avons, quant à nous, étudié l'efficacité et la tolérance de la crème Emla® chez des nouveau-nés, le plus souvent prénaturés et/ou hypotrophes, sur une période de 6 mois [3]. Nous avons depuis continué à l'utiliser de façon courante dans notre unité: à ce jour, plus de 350 nouveau-nés ont eu au moins une application d'Emla®. En dépit de cette expérience maintenant importante, nous n'avons jamais eu de problèmes liés à la méthémoglobinémie.

Il faut souligner que nous n'avons jamais utilisé l'Emla® chez des nouveau-nés ayant une hémodynamique précaire. En effet, dans notre pratique, ces enfants, soit avaient un cathéter permettant les prélevements, soit étaient en ventilation mécanique et sous sédoanalgésie

générale, soit nécessitaient des prélevements urgents incompatibles avec le temps d'application de l'Emla®.

Une franche altération de l'hémodynamique, comme dans le cas rapporté par Nioloux et al [1], constitue-t-elle un facteur de risque? Il serait pourtant logique de s'attendre à une moindre absorption transcutanée en cas d'altération hémodynamique. L'état septique pourrait-il être un facteur favorisant, éventuellement par le biais de toxines bactériennes?

Alors qu'il n'y a pas de corrélation, chez le nourrisson entre la concentration de prilocaine (produit méthémoglobinisant inclus dans l'Emla®) et la méthémoglobinémie, il y a une bonne corrélation négative entre l'activité de la NADH-méthémoglobine-réductase et la méthémoglobinémie [4]. Si, d'une façon générale, l'activité de cette enzyme est moindre avant 3 mois, il y a d'évidentes variations individuelles, et nous ne connaissons pas tous les facteurs physiologiques et médicamenteux susceptibles de la modifier; il est intéressant de remarquer que chez 27% des 22 nourrissons étudiés par Engberg et al [5] la méthémoglobinémie maximale était trouvée avant l'application de l'Emla®. Dans notre étude, nous avons également mis en évidence de grandes variations des concentrations de méthémoglobinémie indépendamment des applications d'Emla® [3].

Il convient de garder à l'esprit la possibilité d'apparition d'une méthémoglobinémie lorsque l'Emla® est utilisée chez le nouveau-né. Cependant, d'après notre expérience, c'est un effet secondaire rare. Il est par ailleurs bénin et rapidement curable dès qu'il est reconnu. L'idée d'utiliser en réanimation l'oxymètre de pouls comme instrument d'alerte nous semble intéressante.

C'est au revanche, regrettable que les équipes de néonatalogie renoncent à l'utilisation de l'Emla® qui, de notre point de vue, représente un progrès indéniable dans notre prise en charge quotidienne. Les infirmières de notre équipe ont désormais à cœur de l'employer le plus souvent possible, dès que les conditions de prélèvement s'y prêtent, et cela malgré le surcroît de travail que cela représente pour elles (planification des soins, double intervention auprès de l'enfant pour la pose de l'Emla® puis pour le retournement et le prélèvement); l'intérêt qu'elles manifestent nous paraît particulièrement éloquent sur le bénéfice que l'Emla® peut apporter au cours des soins néonataux.

1 Nioloux C, Floch-Tudal C, Jady-Sergent MP, Lejeune C. Anesthésie locale par crème Emla® et risque de méthémoglobinémie chez le prénaturé. (Lettre) *Arch Pédiatr* 1995;2:291-2

2 Jakobson B, Nilsson A. Methemoglobinemia associated with a prilocaine-lidocaine cream and trimetoprim-sulphamethoxazole. A case report. *Acta Anaesthesiol Scand* 1985;29:453-5

3 Gourrier E, Karoubi P, El Hanache A et al. Utilisation de la crème Emla® chez le nouveau-né à terme et prénaturé. Étude d'efficacité et de tolérance. *Arch Pédiatr* 1995 (sous presse)

4 Nilsson A, Engberg G, Henneberg S, Danielson K, De Verdier CH. Inverse relationship between age-dependent erythrocyte activity of methaemoglobin reductase and prilocaine-induced methaemoglobinemia during infancy. *Br J Anaesth* 1990;64:72-6

Engberg G, Danielson K, Henneberg S, Nilsson A. Plasma concentrations of prilocaine and lidocaine and methaemoglobin formation in infants after epicutaneous application of a 5% lidocaine-prilocaine cream (Emla). *Acta Anaesthesiol Scand* 1987;31:624-8.

*Arch Pédiatr* (1995) 2, 1021-1022

## Douleurs osseuses révélatrices d'un adénome parathyroïdien

P Beauvais

Hôpital Armand-Trousseau, 26, avenue du Dr-A-Netter, 75571 Paris Cedex 12, France

(Reçue le 19 mai 1995 ; acceptée le 14 juin 1995)

Les lettres de MF Rivas-Crespo [1] et de A Bensman [2] m'ont amené à reprendre notre publication de 1983 concernant une observation d'adénome parathyroïdien chez une fille de 13 ans [3].

Il n'y avait dans ce cas ni douleurs osseuses ni atteinte rénale, malgré une histoire clinique évoluant depuis plus de 3 mois, une sévère atteinte générale, et des lésions ossifiantes radiologiques évidentes qui avaient immédiatement orienté vers le diagnostic.

J'en profiterai pour rappeler que dans leur publication de 1969, sur 48 cas d'adénome, Canlorbe *et al* ne signalaient les douleurs osseuses que dans 37% des cas, une lithiasis dans 30% des cas, et notaient que la néphrolithiasis était rare [4]. L'atteinte rénale et les douleurs osseuses sont donc loin d'être constantes dans le tableau habituel de la maladie.

Les facteurs conditionnant cette variabilité sémiologique restent pour la plupart à déterminer.

1 Rivas-Crespo MF. Douleurs osseuses révélatrices d'un adénome parathyroïdien [Lettre]. *Arch Pédiatr* 1995;2:89

2 Bensman A. Réponse de l'auteur. *Arch Pédiatr* 1995;2:89

3 Taieb B, Beauvais P, Marin M. Adénome parathyroïdien de l'enfant. *Arch Fr Pédiatr* 1983;40:793-4.

4 Canlorbe P, Lagrue G, Bader JC. Adénomes parathyroïdiens de l'enfant opéré. *Ann Pédiatr* 1969;16:573-81.

*Arch Pédiatr* (1995) 2, 1022

## Intérêt de l'échographie cardiaque dans le syndrome d'Ellis et Van Creveld

L Bouguerra, R Turki, A Hichri

Service de pédiatrie, hôpital régional de Nabeul, 8000 Nabeul, Tunisie

(Reçue le 14 juin 1995 ; acceptée le 15 juin 1995)

La dysplasie chondroectodermique, ou syndrome d'Ellis et Van Creveld associe des troubles de la croissance enchondrale accompagnés d'une polydactylie, d'anomalies

liées ectodermiques intéressant les ongles et les dents et d'une malformation cardiaque présente dans un tiers des observations. Cette malformation cardiaque conditionne le pronostic vital.

Nous rapportons l'observation d'un nourrisson de sexe féminin âgé de 10 mois, dont les parents sont cousins du deuxième degré, sans antécédents familiaux. L'accouchement est fait par césarienne en raison d'une présentation par le siège. Le poids de naissance est de 3 kg 700, la taille de naissance est de 48 cm.

La polydactylie est notée d'emblée. La station assise autonome est acquise dès l'âge de 7 mois, et actuellement, à l'âge de 10 mois, l'enfant tient debout et marche avec appui. Il existe une disproportion entre la longueur des membres et celle du tronc. Les ongles sont petits et concaves, de mauvaise qualité. Il existe un retard de l'éruption dentaire. Les cheveux sont fins et clairsemés. L'auscultation cardiaque est normale. La radiographie du thorax est normale.

Le diagnostic de syndrome d'Ellis et Van Creveld est confirmé par les radiographies du squelette qui révèlent des os longs trapus, surtout au niveau des extrémités, des ailes iliaques carrees avec un toit de cotyle horizontal et deux épierons latéraux. Il n'y a pas d'anomalies rachidiennes. Une échographie cardiaque est systématiquement pratiquée; elle montre un canal atrioventriculaire partiel.

Le degré de gravité de la malformation cardiaque congénitale dans le syndrome d'Ellis et Van Creveld varie d'une simple persistance du canal atrioventriculaire à une cardiopathie complexe si bien que l'échographie cardiaque doit être systématique dans le bilan d'un syndrome d'Ellis et Van Creveld car la malformation cardiaque conditionne le pronostic vital de cette affection qui se transmet sur le mode autosomique récessif.

*Arch Pédiatr* (1995) 2, 1022

## Seringue pour administration orale d'émulsion lipidique de vitamine K<sub>1</sub>

P Le Guévello<sup>1</sup>, G Burgot<sup>1</sup>, H Bruel<sup>2</sup>, E Le Gall<sup>2</sup>, C Chevret<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pharmacie, <sup>2</sup>service de pédiatrie, hôpital Sud, CHRU, 16, bd de Bulgarie, 35056 Rennes Cedex, France

(Reçue le 24 mai 1995 ; acceptée le 14 juin 1995)

L'article de Maurage *et al* [1] rappelle la nécessité de la prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né (MHNN) par la prescription systématique de vitamine K<sub>1</sub> à la naissance bien que les modalités d'administration (0,5 à 1 mg par voie intramusculaire, 1 à 5 mg par voie orale) diffèrent selon les pays et en fonction des facteurs de risque.

Chez l'enfant né à terme et indemne de toute pathologie, la voie injectable, pour des raisons iatrogènes et éthiques ne se justifie pas. La voie orale non invasive lui est alors préférée [1-5]. Cette voie se révélant moins