

(Association Tunisienne de Réanimation (ATR

# 20<sup>e</sup> CONGRES NATIONAL DE REANIMATION

20 - 21 NOVEMBRE 2015 - À L'HÔTEL LE ROYAL - HAMMAMET

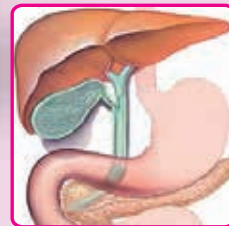
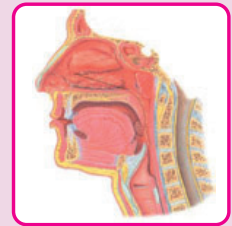
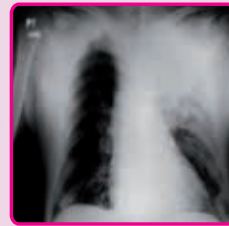


## ***Cahier des Abstracts***

# VAAMOX®

Amoxicilline, Acide clavulanique

- **PROPHYLAXIE DES INFECTIONS POST-OPÉRATOIRES**
- **INFECTIONS URO-GÉNITALES**
- **INFECTIONS ABDOMINALES**
- **INFECTIONS RÉSPIRATOIRES ET ORL**



**L'EFFICACITÉ PROUVÉE**



**Pour plus d'informations, contacter : Direction Marketing :**  
Angle R, Moheddine Kelibi et Abdallah Hafsi, Manar II - 2094 Tunisie  
Tél.: (216) 71 888 188 - Fax : (216) 71 888 137  
[unimed.prom@unimed.com.tn](mailto:unimed.prom@unimed.com.tn) // [www.unimed.com.tn](http://www.unimed.com.tn)

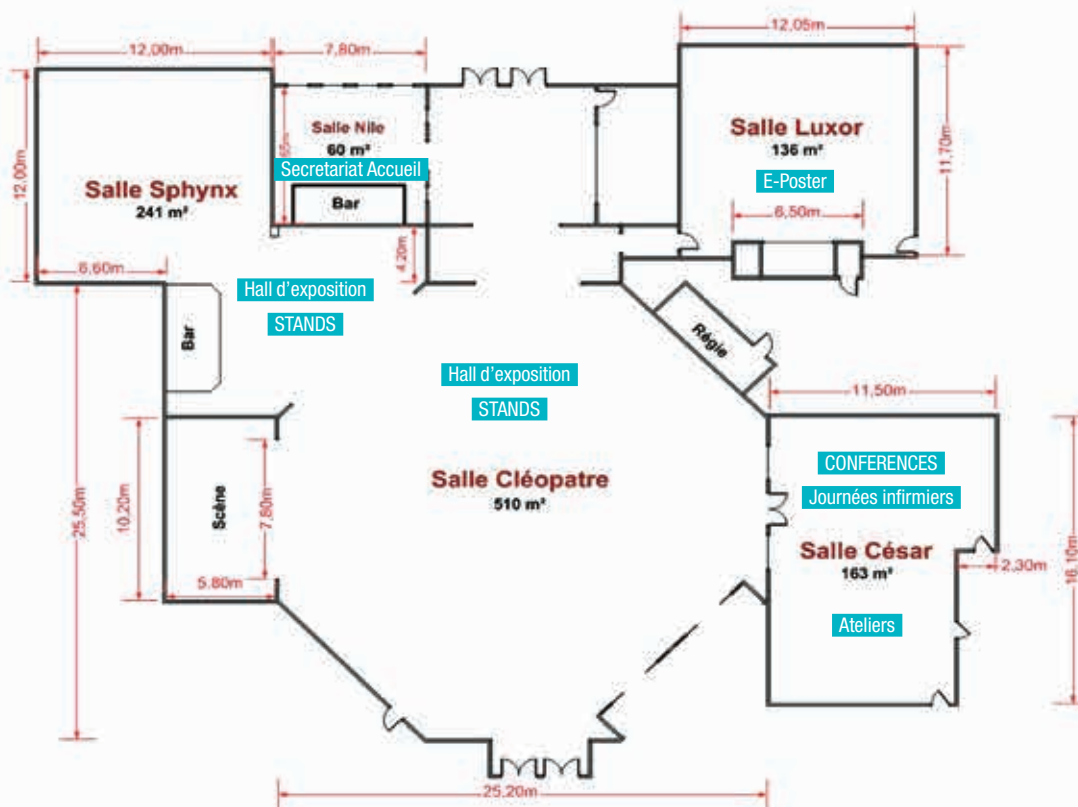


## PLAN

- Plan du Cahier 2
- Plan de la zone du congrès 2
- Informations 3
- Programme scientifique des médecins 5
- Programme scientifique des infirmiers 6
- Session communications orales 8
- Résumés des posters électroniques 29



### Centre de congrès (Rez de Chaussée)



### Centre de congrès (1er étage)



## INFORMATIONS

### ACCUEIL ET SECRETARIAT :

Situés au rez de chaussé du centre des congrès et sont ouverts aux horaires suivantes :

- Vendredi 20 Novembre 2015 : 8h – 19h
- Samedi 21 Novembre 2015 : 8h – 17h

### BADGES :

Pendant toute la durée du congrès le port du badge est obligatoire pour avoir accès aux salles de conférences, aux ateliers, au hall d'exposition, au restaurant et pour présenter les e.posters

Pour des raisons de sécurité le port du badge est obligatoire toute au long de la période du congrès

### COMMUNICATIONS ORALES :

Deux sessions de communications orales sont prévues en simultanée :

- Communications orales 1 : Salle Carthage 1
- Communications orales 2: Salle Carthage 2

### POSTERS ELECTRONIQUES : E.POSTERS

Quatre sessions de posters électroniques sont prévues selon le planning suivant :

ATR		E-Poster 2015		
DATE	HORAIRE	POSTE	N°POSTER	THEME
	9h	A	P1 – P9	Neurologie
		B	P10 – P19	Neurologie
		C	P20 – P28	Neurologie
20/11	12h30	A	P29 – P42	Neurologie / Scoring / Pronostic
		B	P43 – P59	Hémodynamique
		C	P70 – P85	Respiratoire
	18h30	A	P92 – P113	Infectieux
		B	P114 – P134	Infectieux
		C	P60 – P69 P86 – P91 P135 – P143	Hémodynamique Respiratoire Complications Iatrogènes
21/11	14h30	A	P144 – P154 P155 – P171	Sédation/Procédures Métabolique
		B	P172 – P190	Toxicologie
		C	P191 – P207 P208 – P215	Toxicologie Autres

### PARTENAIRES

BAXTER	MEDIS	MMM
PFIZER	AGUETTANT	INTERNATIONAL BIO SERVICE
UNIMED	PROCHIDIA	OOREDOD
COTUPHA	Smith & Nephew	MEDICIS
CHEMINTER	VITAL AIR	ADEH LES



## Programme médecins

### VENDREDI 20 NOVEMBRE 2015

**08h00-09h00** : Accueil et Inscriptions

**09h00-10h30** : **E.Posters** "Luxor"

**10h30-11h00** : **Pause café**

**11h00-12h30** : **Ateliers**

**Modérateurs** : Dr F. Tamion ; Dr N. Brahmi

Nutrition en réanimation : "Carthage 1"

Animé par ..... Dr Fabienne Tamion (Rouen)

**Modérateurs** : Dr AA. Messadi ; Dr A. Mokline

Prise en charge des escarres en réanimation "Carthage 2"

Animé par ..... Dr A. NAOUAR (Egypte)

**12h30-13h30** : **E.Posters** "Luxor"

**13h30-15h00** : **Déjeuner**

**15h00-16h30** : **Communications orales**

**Modérateurs** : Dr M. Bahloul; Dr F. Dachraoui; Dr M. Fekih Hassen

"Carthage 1"

**Modérateurs** : Dr M. Boussarsar; Dr Z. Hajjej; Dr N. Kouraichi

"Carthage 2"

**16h30-17h00** : **Pause café**

**17h00-18h30** : **Conférence** :

**Modérateurs** : Dr F. Abroug; Dr M. Amamou; Dr H. Thabet

Critères d'admission des malades d'oncohématologie

en réanimation. "Nefertiti" ..... Dr. François Blot (Paris)

**18h30** : **E.Posters.** "Luxor"

**Assemblée générale extraordinaire de l'ATR**

### SAMEDI 21 NOVEMBRE 2015

**Modérateurs** : Dr M. Besbes; Dr M. Bouaziz; Dr A. Cherif; Dr S. Bouchoucha

**09h00-09h30** : **Conférence** : Décubitus ventral et insuffisance respiratoire hypoxique. "Nefertiti" ..... Dr. Fekri Abroug (Monastir)

**09h30-10h30** : **Controverse** : Ventilation non invasive chez l'asthmatique "Nefertiti"

Oui : ..... Dr. Jalila ben KHELIL (Ariana)

Non : ..... Dr. Mabrouk BAHLOUL (Sfax)

**10h30-11h00** **Pause Café**

**Modérateurs** : Dr S. Ben Lakhal; Dr S. Elatrous; Dr Ms. Mebazaa

**11h00-12h00** : **Symposium (Pfizer)** : infections fongique "Nefertiti"

**12h00-13h00** : **Conférence de Prestige** : Savoir analyser et utiliser l'interaction cœur poumon. "Nefertiti" Dr Jean-Louis TEBoul (Paris)

**13h00-14h00** **Déjeuner**

**14h00-15h30** : **E.Posters**

**Modérateurs** : Dr Z. Jerbi; Dr N. Rekik; Dr A. Hammami; Dr L. Besbes Ouanes

**15h30-16h00** : **Conférence** : Intérêt des biomarqueurs dans les états septiques graves. "Nefertiti" ..... Dr Nébiha BORSALI FALFOUL (Tunis)

**16h00-17h00** : **Conférence** : Les états de choc septiques : des recommandations à la pratique. "Nefertiti" Dr Jean-Louis TEBoul (Paris)

## Programme infirmiers

### PRÉSIDENTS :

**Dr Mohamed FEKIH HASSEN ; Dr. Hatem ELGHORD**

**08h00-09h30 :** Inscriptions

**09h30-10h00 :** Prévention et soins des escarres

**Dr Imen Rahmeni ; Dr Takoua Marahbène**

**10h00-10h30 :** Gestion de la Nutrition entérale en réanimation

**Dr Ghadhoun Hatem ; Dr Chtara Kamilia**

**10h30-11h00 :** **Pause café**

**11h00-11h30 :** Surveillance et soins du malade intubé

**Dr Zied El Hechmi ; Dr Rym Gharbi**

**11h30-13h30 :** Prise en charge de l'arrêt cardiaque : atelier pratique

**Dr H. Ben Ghezala**

**13h30 :** **Déjeuner.**



# COMMUNICATIONS ORALES.

—— Salle Carthage 1 ——

## CO1. INCIDENCE AND IMPACT OUTCOME OF HYPERGLYCEMIA IN SEVERE SCORPION ENVENOMED CHILDREN REQUIRING INTENSIVE CARE ADMISSION

AUTEURS : OLFA TURKI\*; KAMILIA CHTARA; KAIS REGAIEG; NAJEH BACCOUCH; HÈDI CHELLY; CHOKRI BEN HAMIDA; MABROUK BAHOUL; MOUNIR BOUAZIZ  
Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

**Objective:** To determine the incidence of hyperglycemia and its impact prognosis in severe scorpion envenomed children requiring intensive care admission.

**Design and Setting:** We retrospectively included 626 patients aged less than 16 years admitted for scorpion envenomation over a period of fifteen years in the 22-bed intensive care unit (ICU) of our university hospital. Were excluded, all patients without biological glycaemia on ICU admission. All included patients were stratified in two groups according their biological glycaemia on ICU admission: hyperglycaemia group (hyperglycaemia >10 mmol/L) and hyperglycaemia free group

**Measurements and Results:** There were 361 males and 265 females. The mean age ( $\pm$  SD) was  $5.9 \pm 3.9$  years. The hyperglycaemia group included 316 patients (50.4%). The mean delay between scorpion envenomation and ICU admission was not significantly different between two groups. The comparison between two groups with and without hyperglycemia showed that respiratory failure, the use of mechanical ventilation, the presence of pulmonary edema and the use of inotropes were significantly associated with the presence of hyperglycemia. PRISM score was significantly increased in hyperglycemia group. Finally the mortality rate and the length of hospital stay was significantly higher in hyperglycemic patients group in comparison with normoglycemic patient group ( $p=0.01$ )

**Conclusion:** Our study confirms that hyperglycemia is often observed in severe scorpion envenomed children. The presence of hyperglycemia represent an indicator of severity in this specific condition. More studies are needed on this subject.

## CO2. QUELLE DOSE OPTIMALE DE LINEZOLIDE CHEZ LE BRULE POUR UNE MEILLEURE PHARMACOCINETIQUE ?

AUTEURS : A MOKLINE\*(1) ; GARSALLAH(1); I RAHMANI(1); E. GAIES(2); B GASRI(1); S TLAILI(1) ; R HAMMOUDA(1); T. SAMEH(2); A. KLOUZ(2); I. HARZALLAH(3); A KSONTINI(3); AA MESSADI(1)

<sup>1</sup> Service de Réanimation des Brûlés, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés, Tunis, Tunisie.

<sup>2</sup> Laboratoire de pharmacologie clinique, HCN, Tunis, Tunisie

<sup>3</sup> Service de pharmacie, Centre de traumatologie et des grands brûlés de Tunis

**Introduction :** Le linézolide est un antibiotique temps dépendant dont l'efficacité thérapeutique a été validée avec une posologie journalière de 600mg toutes les 12h. Chez les brûlés, il existe une extrême variabilité de la pharmacocinétique de plusieurs molécules due à une augmentation de volume de distribution et à une perturbation de la clairance de ces molécules. Des coefficients de variation du volume de distribution et de la clairance de 40 à 60% ont été rapportés, soulignant la grande variation de la pharmacocinétique de nombreux antibiotiques [1], nécessitant souvent une augmentation de leur posologie chez ces patients.

**But :** Évaluer la pharmacocinétique de linézolide à la dose de 600mg toutes les 8h chez les brûlés. Les objectifs thérapeutiques de l'efficacité de linézolide sont: une concentration résiduelle (Crés) > 2mg/l et/ou ASC/CMI à 80 (ou AUC<sub>24</sub> > 200mg/h/l) ou %TCMI > 85 (pourcentage du temps durant le quel la concentration de linézolide demeure au dessus de la CMI de la bactérie cible) [2].

**Patients et méthodes:** Étude prospective menée au service de réanimation des brûlés de Tunis. Les patients victimes d'une brûlure thermique avec une SCB  $\geq 20\%$  et ceux ayant une infection suspectée et/ou documentée à cocci gram positives multirésistants ont été inclus. Ont été exclus, les femmes enceintes et les sujets dont l'âge < 16ans. Après l'inclusion, le linezolid est administrée à la dose de 600mg x 3/J sur une perfusion de 1h. Pour le monitoring des taux sériques de linézolide, des prélèvements sanguins ont été effectués comme suit: 5min après la fin de la 1<sup>ère</sup> dose, 5min avant la 2<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup> dose et 5min avant la dose de jour suivant. Les prélèvements ont été faits du sang artériel, puis centrifugés et conservés à  $-80^{\circ}\text{C}$  puis analysés. Pour tous les patients, la concentration minimale inhibitrice (Cmin) de linézolide, l'aire sous la courbe de la concentration journalière (ASC<sub>24</sub>) et les concentrations maximale (Cmax) et résiduelle (Crés) ont été calculées.

**Résultats:** Durant la période d'étude, 10 patients ont été inclus. L'âge moyen était de  $39 \pm 22$  ans, avec une SCB de  $30 \pm 11\%$ . Dans notre série, aucun cas d'insuffisance rénale aiguë (créatinine  $73 \pm 38 \mu\text{mol/l}$ ) ou de thrombopénie ( $276 \pm 176 \text{ els/m}^3$ ) n'a été note. Pour tous les patients, le monitoring des taux sériques de linézolide a permis de trouver une concentration journalière adéquate de linézolide: ASC<sub>0-24h</sub>/CMI (mg/h/l) de 126 (recommandé: 80 à 120), et une Cmin à  $4.84 \pm 2.33 \text{ mg/L}$  avec un % TCMI de 100. Dans notre série, aucun cas de surdosage ou de toxicité à linézolide n'a été rapporté.

**Conclusion:** Notre étude suggère que l'administration de linézolide chez le brûlé à la dose journalière de 600mg toutes les 8 h permet d'atteindre une meilleure pharmacocinétique: ASC/CMI de 126 et%TCMI de 100. Ceci permet de garantir un caractère permanent de la bactéricidie de linézolide, meilleur indicateur de l'éradication bactérienne, et d'éviter l'émergence de résistance.

**Bibliographie :**

- 1-Diagn Microbiol Infect Dis 2004;48:125-30.  
2-Antimicrobial agents and chemotherapy, Nov. 2010, p. 4605-4610

### **C03. EVALUATION DE LA DOULEUR, DE LA CONFUSION, ET DE L'AGITATION SOUS VENTILATION NON INVASIVE**

AUTEURS : BOUJELBENE N, JABLA R, DACHRAOUI F, OUANES I, BEN ABDALLAH S, MARZOUK M, HACHANI A, HAMMED H, BEN LAKHAL H, BEN ALI I, GHRIIBI CH, ABDELLAOUI I, OUANES-BESBES L, ABRUG F.

Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir.

**Introduction:** La ventilation non invasive (VNI) est un moyen ventilatoire largement utilisé en réanimation. Toutefois le masque utilisé peut être source de douleur, d'inconfort voir même de claustrophobie pouvant conduire à l'échec de cette technique. L'objectif de cette étude est d'évaluer et de suivre l'évolution de la douleur, la confusion et de l'agitation dans une population de patients admis en réanimation pour exacerbation aigue de BPCO (EABPCO) nécessitant la VNI.

**Patients et Méthodes:** Il s'agit d'une étude de cohorte observationnelle prospective réalisée dans le service de réanimation polyvalente de Monastir entre le 01 Mai 2015 et le 31 Aout 2015. La douleur, la confusion et l'agitation étaient mesurées respectivement par l'Echelle visuelle de la douleur (EVA), Confusion Assessment Method (CAM-ICU) et Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). Les mesures étaient répétées à H0, H1, H24, H72, J5 et J7 de l'admission du patient et le jour de sa sortie.

**Résultats :** Durant la période d'étude 32 patients ont été admis pour EABPCO nécessitant la VNI (âge médian de 72ans (64-76,5), pH médian de 7,30 (7,26-7,34) et sexe ratio de 2,5). Le tableau suivant résume l'évolution des scores EVA, CAM-ICU et RASS durant l'hospitalisation.

	H0	H1	H24	H72	J5	J7	sortie	P
pH med (IQR)	7,30 (7,26 - 7,34)	7,33 (7,31 - 7,39)	7,36 (7,34 - 7,40)	7,38 (7,35 - 7,42)	7,37 (7,36 - 7,40)	7,38 (7,36 - 7,41)	-	<0,001
EVA med (IQR)	8 (6,25 - 8)	7,5 (6 - 8)	7 (6 - 8)	6 (5-7)	5 (5 - 6)	5 (4-5)	4 (3-4)	<0,001
CAM-ICU med (IQR)	2 (2-2)	2 (1 - 2)	1 (1 -2)	1 (0-1)	0 (0 - 1)	0 (0-1)	0 (0-0)	<0,001
RASS med (IQR)	2 (1-3)	2 (1 - 2)	1,5 (1-2)	1 (0 - 1)	0,5 (0 -1)	0 (0 -1)	0 (0-0)	<0,001

Nous avons constaté qu'à l'admission les patients étaient algiques (EVA 8), confus (CAM-ICU 2) et agités (RASS 2). Ces manifestations vont s'amender progressivement et significativement lors du séjour en réanimation d'une manière inversement proportionnelle à l'évolution du pH qui se normalise dès H72.

**Conclusion :** Notre étude montre que la douleur, la confusion et l'agitation étaient fréquentes chez les patients admis pour EABPCO sous VNI. Ces manifestations régressent significativement au cours du séjour.

### **C04. TAUX SANGUIN DES ÉOSINOPHILES LORS DES EXACERBATIONS AIGUES DES BPCO**

AUTEURS : HACHANI A, OUANES I, BEN ABDALLAH S, DACHRAOUI F, JABLA R, HAMMED H, MARZOUK M, BEN LAKHAL H, BEN ALI I, ABDELLAOUI I, GHRIIBI CH, OUANES-BESBES L, ABRUG F.

Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir.

**Introduction:** Une hyper-éosinophilie supérieure à 2% a été décrite comme un marqueur pouvant guider la corticothérapie systémique lors des exacerbations aigue des BPCO [1,2]. L'objectif de cette étude est de décrire l'incidence de l'hyper-éosinophilie (supérieure à 2%) dans une population de patients admis pour une EABPCO sévère nécessitant le recours à la ventilation mécanique (VM).

**Patients et méthodes:** C'est une étude rétrospective de cohorte, incluant les patients consécutivement admis dans notre service, entre janvier et aout 2015 pour EABPCO sévère nécessitant la VM. Les patients BPCO ayant une décompensation par cause évidente (embolie pulmonaire, OAP, pneumothorax, pneumopathie) ont été exclus. Les variables quantitatives sont décrites en médianes et en 25<sup>ème</sup>-75<sup>ème</sup> percentile interquartile ranges (IQR) et comparées par le test de Mann-Whitney; alors que les variables dichotomiques sont présentées en pourcentage et comparées par le test de Chi2.

**Résultats:** Durant la période d'étude 42 patients ont été hospitalisés dans notre service pour EABPCO dont l'âge médian est de 66,5ans (60-74) avec prédominance masculine (83,5%). Un taux d'éosinophiles > 2% a été observé chez 52.4% de ces patients avec une valeur médiane de 3.25%. Le tableau ci-dessous compare les caractéristiques des patients avec ou sans hyper-éosinophilie.

	Eo >2% (n= 22)	Eo ≤ 2% (n= 20)	P
Age (ans), med (IQR)	70,5 (61-73,2)	63 (57,2- 77,5)	0,207
Sexe (H/F)	16/6	19/1	0,096
VNI à l'admissionn (%)	22 (100)	18 (90)	0,221
Ph à l'admissionmed (IQR)	7,32 (7,26- 7,36)	7,29 (7,25-7,33)	0,390
CRP med (IQR)	44 (14- 76,5)	17 (7-58)	0,045
Procalcitonine med (IQR)	0,16 (0,14- 0,31)	0,11 (0,05- 0,24)	0,092
NT-proBNP, med (IQR)	365 (168-3147)	400 (94-1800)	0,911
GB (cel/ul), med (IQR)	8010 (6282- 10475)	11240 (9005- 13145)	0,016
Durée VNI (jours)n (%)	8 (5-14,5)	7 (3,75- 11)	0,530
Durée ventilation mécanique (jours) n (%)	13 (10,5-17)	5 (3,5-7,5)	0,048
Durée d'hospitalisation (jours) n (%)	12 (6,5-13)	16	0,718

**Conclusion :** Une hyper-éosinophilie (>2%) est fréquente chez les patients admis en réanimation pour EABPCO sévère (52.4% des patients dans notre étude). Elle est associée à une les marqueurs biologiques de l'inflammation avec une tendance vers une durée de VM et d'hospitalisation de plus longues. Une politique de prescription de corticostéroïdes guidée par le taux d'éosinophile semble justifiée dans notre population.

#### Références:

- 1- Saha S, Brightling CE. Eosinophilic airway inflammation in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2006;1(1):39-47.
- 2- Bafadhel M, McKenna S, Terry S et al. Blood eosinophils to direct corticosteroid treatment of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized placebo-controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012 Jul 1;186(1):48-55.

## C05. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES INSUFFISANCES RESPIRATOIRES CHRONIQUES DECOMPENSEES AUX URGENCES

AUTEURS : GHZEL R\*, SMA N, KHALDI M ,ADALA D, CHENGUEL A, METHAMEM MEHDI

*Service des Urgences Hôpital Universitaire Farhat Hached Sousse*

**Introduction:** L'insuffisance respiratoire aiguë est une urgence diagnostique et thérapeutique qui constitue un motif de consultation fréquent aux services des urgences chez les sujets en insuffisance respiratoire chronique. Ceci nous a incités à étudier leurs caractéristiques épidémiologiques.

**Matériels et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective étendue sur six mois menée au service des urgences Farhat Hached Sousse, impliquant 152 patients connus porteurs d'une insuffisance respiratoire chronique et consultant dans un tableau d'IRA nécessitant une hospitalisation qui dépasse les 24 heures.

**Résultats:** L'analyse des 152 dossiers colligés trouvait une prédominance masculine avec un sexe ratio à 2.45. L'âge moyen était de 64ans (26 à 96ans). L'insuffisance respiratoire chronique était de type obstructive chez 136 patients, restrictive chez 16 patients (asthme et fibrose) et mixte chez 2 patients porteurs de silicose. Le tabagisme touchait 77 malades dont 72 hommes. Les comorbidités ont été rencontrées chez 69 cas dont 28 avaient plus que deux tares. L'HTA était la principale tare trouvée chez 20 malades.

**Conclusion :** Les décompensations des insuffisants respiratoires chroniques représentent un motif fréquent de consultation des urgences. L'analyse des critères épidémiologiques des insuffisants respiratoires chroniques aide à établir une stratégie préventive et à améliorer la prise en charge intra et extra hospitalière.

## C06. LES TROUBLES DU RYTHME SUPRA VENTRICULAIRES DANS LES BRONCHO-PNEUMOPATHIES CHRONIQUES OBSTRUCTIVES

AUTEURS : M. BARGHOUGH, A. JAMOSSI, T. MERHEBENE, A. BEN JAZIA, J. BEN KHELIL, M. BESBES

*Hôpital Abderrahmen Mami, Réanimation respiratoire*

**Introduction :** Au cours des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), l'hypoventilation alvéolaire s'accompagne de modifications physiopathologiques qui entraînent une dilatation des cavités cardiaques droites. La dilatation de l'oreillette droite peut être à l'origine de troubles du rythme supra ventriculaires (TRSV). Objectif : Étude de la fréquence de survenue des TRSV à type d'ACFA et de flutter chez les patients ayant une BPCO ainsi que de la prise en charge spécifique.

**Matériels et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive allant de janvier 2013 à septembre 2015 incluant tous les patients BPCO hospitalisés en réanimation et qui ont présenté un TRSV dans leurs antécédents

ou au cours de l'hospitalisation. En cas de premier passage en TRSV, nous avons relevé les aspects thérapeutiques et évolutifs.

**Résultats :** Au cours de la période de l'étude, nous avons admis 451 BPCO dont 61 ont présenté un TRSV, soit une incidence de 13,52%. Parmi les 61 patients colligés, 47(77%) avaient un TRSV diagnostiqué avant l'hospitalisation et 14 (22,9%) avaient présenté un premier passage au cours de l'hospitalisation. Ce premier passage en TRSV était à type d'ACFA chez 12 patients et à type de flutter chez 2 patients. Sur le plan hémodynamique, le premier passage en TRSV était bien toléré chez 11 malades, dont 2 cas étaient en rapport avec une hypokaliémie qui a été corrigée. Les 9 patients restants ont bénéficié d'un traitement par de l'Amiodarone per os et d'une anti coagulation par héparine non fractionnée selon les scores de CHA2DS2-VASc et de HAS-BLED (1). Chez 3 malades, un premier passage en TRSV a été accompagné d'une instabilité hémodynamique ayant répondu à un choc électrique externe dans un cas ; un bolus de Amiodarone IV après échec de 6 CEE dans un cas et une réduction spontanée dans un cas. Le traitement anti arythmique par Amiodarone était maintenu dans les cas où aucune cause réversible n'a été identifiée (n=12).

**Conclusions :** L'incidence des TRSV chez les BPCO est élevée. Le traitement doit être étiologique et symptomatique.

#### Référence bibliographique :

1- Guidelines for the management of atrial fibrillation. ESC Clinical Practice Guidelines- European Heart Journal 2010; 31:2369-2429

## **CO7. PERFORMANCE DE LA CLASSIFICATION GOLD DANS LA PRÉDICTION DE LA SURVIE À LONG-TERME DES PATIENTS BPCO ADMIS EN RÉANIMATION.**

AUTEURS : HAMMED H, OUANES I, JABLA R, DACHRAOUI F, MARZOUK M, BOUJELBÈNE N, HACHANI A, BEN ABDALLAH S, BEN LAKHAL H, GHRIBI CH, BEN ALI I, ABDELLAOUI I, OUANES-BESBES L, ABROUG F.

*Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir.*

**Introduction :** La classification GOLD est réalisée pour classer les patients ayant une BPCO selon le stade de sévérité et pour évaluer leur prise en charge et leur pronostic. Une étude récente (1) a montré que la performance des classifications GOLD 2007 et 2011 était insuffisante pour prédire la survie à 3 ans. Le but de notre étude est d'évaluer la performance des classifications GOLD 2001, 2007 et 2013 dans la prédiction de la survie à long terme chez les patients admis en réanimation pour EABPCO sévère.

**Patients et Méthodes:** C'est une étude cohorte, incluant les patients admis entre 2000 et 2012 dans le service de réanimation Polyvalente de Monastir. Le statut du patient à long-terme (survivant ou décédé) a été vérifié en consultant le registre de l'état civil (Décembre 2012).

**Résultats :** Durant la période d'étude 440 patients ont été admis pour 552 EABPCO (âge médian 68ans (61-74), prédominance masculine nette (84%), durée médiane d'évolution de la BPCO 7 ans (4-15), pH médian à l'admission de 7,28 (7,23-7,32), la VNI était la modalité de ventilation utilisée à l'admission dans 67,8% des patients. Le VEMS était disponible chez 92 patients à l'admission en réanimation, permettant leurs classifications GOLD. 2,2%, 7,6%, 29,3% et 60,9% des patients ont été classés respectivement en stade I, Stade II, stade III et stade IV de la classification GOLD 2007. La survie à long-terme pour ces 92 patients était de 30,7%, pour un recul médian de 7ans (2-9), le tableau I montre la performance respective des 3 versions GOLD dans la prédiction du pronostic à long-terme :

	AUC	IC 95%
GOLD 2001	0,584	0,447-0,720
GOLD 2007	0,586	0,450-0,722
GOLD 2013	0,546	0,407-0,685

**Conclusion :** Dans notre population, faite principalement de BPCO sévères (60,9% GOLD IV) admis en réanimation, la performance des différentes versions de la classification GOLD (2001, 2007, 2013) était médiocre pour prédire la survie à long-terme.

#### Référence :

1- Soriano, JB, Lamprecht, B, Ramírez, AS et al. Mortality prediction in chronic obstructive pulmonary disease comparing the GOLD 2007 and 2011 staging systems: a pooled analysis of individual patient data. *Lancet Respir Med.* 2015 Jun;3(6):443-50.



## **CO8. INTERET DE LA FIBRINOLYSE INTRAPLEURALE DANS LE TRAITEMENT DES PLEURESIES PURULENTES ET PARAPNEUMONIQUES COMPLIQUEES**

AUTEURS : S MANSOURI\*(1), T MERHABENE(1), A JAMOSSI(1), A GHARIANI(2), L SLIM(2), J BEN KHELIL, M BESBES(1)

<sup>1</sup> Service de réanimation médicale - Hôpital A Mami - Ariana.

<sup>2</sup> Laboratoire de microbiologie - Hôpital A Mami. Ariana

**Introduction :** Le drainage pleural est un élément déterminant dans le traitement des pleurésies purulentes et séro-fibrineuses parapneumoniques. Il permet de drainer le foyer infectieux et de prévenir les séquelles. Dans certains cas, ce drainage est insuffisant voire inefficace du fait de l'abondance de la fibrine dans le liquide. La fibrinolyse intra-pleurale a été proposée par certains auteurs avant le recours à la chirurgie. Le but de notre travail était d'étudier les données épidémiologiques, cliniques, radiologiques et microbiologiques des pleurésies purulentes et d'évaluer l'intérêt de la fibrinolyse intra-pleurale dans ces situations.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, incluant tous les patients hospitalisés en réanimation médicale de l'hôpital de l'Ariana pour pleurésie purulente entre janvier 2000 et septembre 2015. Le diagnostic de pleurésie purulente a été retenu sur des données cliniques, échographiques et microbiologiques. Ont été relevés des données cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives. Le protocole de fibrinolyse a utilisé de la streptokinase (250 000 unités diluées dans 250 ml de sérum physiologique) administrée à travers le drain thoracique. L'efficacité de la fibrinolyse a été jugée sur des données cliniques et para-cliniques (échographie thoracique quotidienne).

**Résultats :** Durant la période d'étude 30 patients ont été inclus. La médiane d'âge était de 34ans [15-81] et le sex-ratio de 3/1. La médiane du score APACH II était de 19. La moitié de nos patients étaient sans antécédents et une conduite addictive était retrouvée chez 17 malades. Tous les patients étaient admis dans un tableau de détresse respiratoire fébrile. Une seule patiente était admise pour état de choc septique et c'est la seule qui a nécessité la ventilation mécanique. Tous les patients ont bénéficié d'une exploration par un couple échographie/scanner thoracique. L'épanchement pleural était bilatéral chez 6 patients. Les germes isolés étaient Streptococcus pneumoniae chez 7 patients, Staphylococcus aureus chez 3 patients dont un était résistant à la méticilline, Staphylococcus epidermidis chez 1 patient, des germes anaérobies dans 4 cas, klebsiella pneumoniae chez 1 patient et la culture était négative dans les 18 cas restants. L'antibiothérapie de première intention était une association amoxicilline-acide clavulanique dans 20 cas. La médiane du nombre de séances de fibrinolyse était de 4 [3-5] et la moyenne de la durée du drainage était de 7j [3-16]. Aucun effet secondaire majeur (accident hémorragique, anaphylaxie) n'a été observé. La chirurgie n'a été proposée secondairement que chez 5 patients. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 15 jours. Deux patients sont décédés après la sortie de réanimation.

**Conclusion :** La fibrinolyse intra-pleurale est une technique simple, efficace et bien tolérée. Elle peut être proposée en cas d'insuffisance du drainage thoracique des pleurésies purulentes et permettrait ainsi d'éviter le recours fréquent à la chirurgie.

## **CO9. L'INSUFFISANCE SURRENALIENNE RELATIVE INFLUENCE T-ELLE LES BESOINS HYDRIQUES ET EN AMINES CHEZ LES BRULES GRAVES ?**

AUTEURS : BEN GHARSALLAH L ; MOKLINE A; RAHMANI I; TLAILI S ; GASRI B; HAMMOUDA R ; MESSADI AA.

Service de Réanimation des Brûlés, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés, Tunis, Tunisie.

**Introduction :** La brûlure étendue à sa phase initiale expose le malade à une hypovolémie voir un état de choc hypovolémique. L'insuffisance surrénalienne relative (ISR) fréquente chez ces brûlés peut, particulièrement à cette phase, aggraver cette situation. En dehors de la corticothérapie substitutive, le traitement repose sur le remplissage vasculaire et les catécholamines. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact de l'ISR sur les besoins hydriques et en catécholamines chez les brûlés graves.

**Matériels et méthodes :** Etude prospective mono-centrique menée au service de réanimation des brûlés de Tunis sur une période de 6 mois (Mars- Aout 2012). Les patients dont l'âge > 18 ans, victimes d'une brûlure thermique et/ou électrique admis dans les premières 24 heures ont été inclus. Ont été exclus, les femmes enceintes, les patients ayant une insuffisance surrénale chronique et ceux recevant un traitement par corticoïdes durant les 6 derniers mois. Un test au Synacthène est pratiqué chez les patients retenus par une injection intraveineuse de 0,25 mg de tétracosactide (Synacthène). Les patients qui ont nécessité l'adjonction de catécholamines ont reçu une corticothérapie substitutive : HSHC 100mg en bolus suivie d'une perfusion continue à la dose de 0.18mg/kg/h. Le dosage de la cortisolémie est fait avant (h0) et 60minutes après le test (h1). L'insuffisance surrénale relative (ISR) est retenue si la cortisolémie de base est normale ou élevée avec un seuil  $\geq 20$   $\mu\text{g/dl}$  et une réponse faible à l'ACTH (delta max < 9  $\mu\text{g/dl}$ ).

**Résultats :** Durant la période d'étude, 18 patients ont été colligés. L'âge moyen était de  $43 \pm 15$ ans, la surface cutanée brûlée moyenne était de  $41 \pm 13\%$ . Les patients ont été répartis en 2 groupes : G1 (ISR, n = 7) et G2 (Absence d'IS, n = 11). L'étude comparative des deux groupes montre les résultats suivants (Tableau 1):

**Conclusions :** Il ressort de notre étude qu'en dépit d'une corticothérapie substitutive, les besoins hydriques et en amines sont nettement plus élevés dans le groupe de malades présentant une ISR.

	G1 (n=7)	G2 (n=11)	P	
Age (ans)	38±13	34±12	NS	
SCB (%)	57.8±30	26±22	0.019	
UBS (%)	158±100	70±99	0.092	
ABSI	8±3	6±3	NS	
Cortisol T0 (µg/dl) :	37±11	19±14	0.01	
Delta max cortisol (µg/dl) :	2.2±1.8	19±6	<0.001	
Apports hydriques: (ml/kg/SCB)	24h	1.9	1.4	0.07
	48h	1.2	0.9	0.05
	72h	1.1	0.45	0.008
Gain pondéral en kg (24h_72h)	8	3.4	0.002	
Catécholamines en mg	24h	45 ± 54	13 ± 12,9	0,01
	48h	38 ± 38	7 ± 7,6	0.002
	72h	28 ± 24	2 ± 3,7	0.004

## CO10. ACIDOCETOSE DIABETIQUE : Y'A-T-IL UNE DIFFERENCE ENTRE LE DIABETE DE TYPE 1 ET LE DIABETE DE TYPE 2 ?

AUTEURS : SEDGHIANI I, HAJJEM N \*, DOGHRI H, MAHDHAOUI S, CHERIF M, EL HECHMI YZ, JERBI Z

Département Urgence-Réanimation. Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

**Introduction :** L'acidocétose diabétique (ACD) est une complication fréquente et grave du diabète mal équilibré. Classiquement observée au cours du diabète de type 1, cette complication peut aussi survenir au cours du diabète de type 2, résultant des états d'hyper catabolisme tels que les infections, les interventions chirurgicales et les traumatismes mais aussi la durée d'évolution de la maladie. Le but de cette étude était de comparer les paramètres cliniques et biologiques entre les diabétiques de type 1 et les diabétiques de types 2 en cas d'ACD.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients hospitalisés pour ACD entre Janvier 2013 et Aout 2015. Le diagnostic d'ACD a été retenu en cas d'association d'une glycémie > 11mmol/L, d'une cétonurie et d'une acidose métabolique avec  $\text{pH} < 7.30$  et/ou un taux de bicarbonate < 15mmol/L.

**Résultats :** Cinquante trois patients ont été inclus dans cette étude. Le diabète était de type 1 chez 32 patients (60,4%) et de type 2 chez 21 (39,6%) patients. L'âge moyen était de  $41 \pm 21$ ans et le sex ratio était de 0,76. L'ACD inaugurait le diabète dans deux cas de chaque groupe. 13 patients (24,5%) étaient au stade de complications dégénératives. Les facteurs de décompensation du diabète étaient l'arrêt du traitement dans 39,6% des cas (n=21), les infections dans 30,2% des cas (n=16) et les écarts de régime dans 11,3% des cas (n=6). Les patients ont été hospitalisés pendant en moyenne 48 heures.

**Conclusion :** L'ACD est assez fréquente en cas de diabète de type 2 survenant volontiers chez des sujets âgés généralement au stade de complications dégénératives. Bien que le tableau clinique ne parait pas plus sévère que chez les diabétiques de type 1, le diabète de type 2 est un facteur de morbidité avec une survenue d'insuffisance rénale aigue plus fréquente et un séjour hospitalier plus long.

	Type1 (n=32)	Type 2 (n=21)	p
Sex ratio (H/F)	1 (16/16)	0,5 (7/14)	0,5
Age	27±12	62±12	0,000
Ancienneté du diabète(ans)	5	10	0,02
Complications dégénératives	1 (3,1%)	12 (57,1%)	0,00
Glycémie (mmol/L)	29,8±10	37,5±15	0,04
pH	7,19±0,09	7,20±0,08	0,66
HCO3(mmol/L)	8,3 ±3,3	10±5	0,07
Sodium(mmol/L)	134±5	134±5	0,98
osmolarité(mosmol/L)	279±10	286±15	0,06
Urée (mmol/l)	5,7 [4,6 – 7,4]	9,8 [6,7 – 14,4]	0,00
créatininémie (µmol/l)	98±29	127±49	0,02
Insuffisance rénale aigue	11 (34,3%)	15 (71,4%)	
Cause de décompensation:	16 (50%)	5 (24%)	0,008
- arrêt de traitement	2 (6%)	4 (19%)	0,16
- écart de régime	10 (31%)	6 (28%)	
- infection			
Délai de sortie d'acidose (H)	24 [12 – 27]	24 [20 – 34]	0,58
Délai de sortie de la cétose	16±9	17±9	0,82
Durée d'hospitalisation (H)	48 [24 – 48]	48 [48 – 72]	0,049

## **CO11. PARTICULARITES EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DES INTOXICATIONS AUX INHIBITEURS CALCIQUES AU CAMU. A PROPOS DE 74 CAS.**

AUTEURS : S. SOUISSI\*, H. EL GHORD, A. M'RAD, Y. BLEL, N. KOURAICHI, N. BRAHMI, M. AMAMOU.

*Service de réanimation, CAMU*

**Introduction :** Les inhibiteurs calciques sont de plus en plus utilisés dans le traitement de l'hypertension artérielle, des troubles du rythme et de l'insuffisance coronaire. De même, l'intoxication par cette famille ne cesse d'augmenter de fréquence. C'est une intoxication qui reste grave malgré les progrès thérapeutiques. L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des intoxications aux inhibiteurs calciques au CAMU.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective sur les intoxications aux inhibiteurs calciques non associés à un autre médicament cardiotoxique, effectuée au service de réanimation médicale du Centre « Mahmoud Yaacoub » d'Assistance Médicale Urgente de Tunis sur une durée de six ans et six mois : du mois de janvier 2007 au mois de juin 2013.

**Résultats :** Nous avons colligé 74 cas d'intoxications aux inhibiteurs calciques seuls. Le sex ratio était de 0,13 (9/65). L'âge moyen était de  $22,7 \pm 7,3$  ans (12 à 52 ans). La majorité de nos patients n'avait aucun antécédent (62%). Les principaux antécédents retrouvés chez nos patients étaient l'hypertension artérielle et les tentatives de suicide. Les molécules incriminées dans les intoxications étaient la Nifédipine, la Nicardipine, l'Amlodipine, le Diltiazem et la Lercanidipine. La Nifédipine était la molécule la plus retrouvée (67%). L'intoxication était volontaire dans 42% des cas et involontaire dans 3% des cas. Nous avons retrouvé une tachycardie chez 92% de nos patients, une bradycardie chez 4%, une hypotension artérielle chez 30%, un état de choc chez 16% et un œdème aigu pulmonaire chez 9% des patients. Un patient a développé un bloc auriculo-ventriculaire du premier degré. Deux patients ont présenté une ischémie sous-épicardique. Nous avons noté un allongement du QT chez trois patients. Une hyperleucocytose a été retrouvée dans 42%, une hypokaliémie dans 31% des cas, une acidose métabolique dans 30% des cas, une hyperlactatémie dans 15% des cas, une hyperglycémie dans 11% des cas, une hypocalcémie dans 9% des cas et une insuffisance rénale dans 4% des cas. Le remplissage vasculaire était nécessaire chez 86% des patients. La noradrénaline était utilisée dans 16% des cas, la dobutamine dans 4% des cas et l'adrénaline dans 1% des cas. Le lavage gastrique a été pratiqué chez 11% des patients. Le charbon activé a été administré chez 34% des patients. Dans 4% des cas, le charbon activé était associé à un lavage gastrique. Nous avons eu recours au gluconate de calcium chez 20% des patients et à l'insuline euglycémique dans 4% des cas. La durée d'hospitalisation variait entre un et 25 jours. Nous avons noté un seul décès dans notre série à j25 d'hospitalisation.

**Conclusion :** L'intoxication aux inhibiteurs calciques représente une intoxication grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Sa prise en charge, essentiellement symptomatique, doit être précoce. Le développement de nouveaux antidotes pourrait améliorer le pronostic de ces intoxications.

## **CO12. INTOXICATION VOLONTAIRE AUX INHIBITEURS CALCIQUES : EPIDEMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE**

AUTEURS : ESSAFI F, FOUДАILI N, M RAD A, BLEL Y, BRAHMI N, AMAMOU M.

*Service de réanimation polyvalente et de toxicologie, Centre d'assistance médicale urgente*

**Introduction :** Les inhibiteurs calciques peuvent être à l'origine d'intoxication potentiellement grave. Ils représentent une classe thérapeutique hétérogène et figurent parmi les principaux toxiques à l'origine des états de choc cardiogéniques. L'objectif de notre étude est de décrire la présentation clinique, la prise en charge ainsi que l'évolution des intoxications volontaires aux inhibiteurs calciques.

**Patients et méthodes :** C'est une étude rétrospective descriptive. Tous les patients admis au service de réanimation CAMU pour intoxication volontaire aux inhibiteurs calciques du 01 janvier 2014 au 31 août 2015 (20 mois) ont été inclus.

**Résultats :** Quarante quatre patients ( $6H/38F$ ,  $26 \pm 10$  ans) ont été inclus. 25% des patients avaient des antécédents psychiatriques particulièrement des tentatives de suicide antérieures. Les inhibiteurs calciques en cause étaient : la nifédipine (22/44), le diltiazem (7/44), l'amlodipine (7/44), la nicardipine (5/44), la lercanidipine (2/44), et la molsindomine (1/44). L'intoxication était poly médicamenteuse dans 43,2% des cas ( $n=19$ ), surtout en association avec des cardiotropes ( $n=5$ ). Le délai de consultation était en moyenne de  $5 \pm 4$  heures post ingestion. La symptomatologie clinique était polymorphe : des troubles digestifs à type de vomissements ; des troubles cardiovasculaires à type de palpitation, douleurs thoracique et syncope ; des troubles neurologiques à type de vertige et céphalées. Le score de Glasgow était à 15 dans tous les cas. La tachycardie est le signe électrique le plus fréquent trouvé chez 63,6% des patients ( $n=28$ ), les autres anomalies : QT allongé ( $n=5$ ), bradycardie sinusale ( $n=2$ ), BAV ( $n=2$ ) et QRS large ( $n=1$ ). La décontamination digestive est pratiquée chez 15 patients par lavage gastrique dans 25% des cas ( $n=11$ ) et par le charbon activé dans 9% cas ( $n=4$ ). 24 malades soit 54,5% ont présenté un état de choc dans un délai



moyen de  $8 \pm 7$ h, traités tous par remplissage vasculaire en moyenne de 1500 ml de cristalloïdes ; 12 patients ont nécessité en plus le recours à la noradrénaline (n=6), lisoprénaline (n=3) et l'association Noradrénaline et dobutamine (n=3). D'autres traitements (glucagon, insuline glucose) utilisés chez les 3 patients qui ont présenté un état de choc réfractaire. La durée de séjour moyenne était de  $42 \pm 34$  heures. Un seul patient est décédé dans notre série.

**Conclusion :** Les intoxications aux inhibiteurs calciques exposent au risque de l'état de choc par différents mécanismes, le clinicien doit être averti pour chercher les signes de gravité et comprendre les mécanismes du choc par le recours à l'étude hémodynamique pour améliorer la prise en charge.

## **C013. LA DISPONIBILITÉ DES ANTIDOTES DANS LES HÔPITAUX RÉGIONAUX DE LA TUNISIE: ETAT DES LIEUX**

AUTEURS : BLEL Y, FREDJ H\*, M RAD A, DEBICHE S, BRAHMI N, AMAMOU M

*Service de réanimation polyvalente et de toxicologie, Centre d'assistance médicale urgente*

**Introduction :** Les intoxications aiguës constituent un réel problème auquel sont confrontés les praticiens quotidiennement. Le rôle du traitement antidotique est primordial dans la prise en charge de certaines intoxications. Ainsi, et malgré leurs coûts élevés, leur présence est indispensable dans toutes les structures sanitaires. Objectifs : Vérifier la disponibilité des principaux antidotes spécifiques des intoxications graves et fréquentes dans les pharmacies des hôpitaux régionaux (HR), et préciser les raisons en cas de non disponibilité.

**Matériel et méthode :** Etude descriptive portée sur la disponibilité des principaux antidotes au niveau des pharmacies des HR de la Tunisie, durant le mois novembre 2014. Notre étude s'est intéressée à 30 HR répartis sur 22 gouvernorats. Ont été exclus les grands hôpitaux et les EPS. Le recueil des informations a été effectué par différents moyens : le déplacement sur place, les appels téléphoniques et par internet. Notre intermédiaire était les pharmaciens exerçant au sein des HR. Le questionnaire a porté sur les antidotes suivants: la N-acétylcystéine IV, la N-acétylcystéine POs, le Pralidoxime, le Flumazénil, le Naloxone, le Glucagon, l'Atropine, le Déferoxamine, la Pyridoxine.

**Résultats :** Nos résultats ont montré qu'uniquement 37% des HR détiennent au moins cinq antidotes de la liste essentielle. L'atropine a occupé la 1<sup>ère</sup> place, elle existait dans 97% des HR. Cette molécule était disponible dans tous les gouvernorats tunisiens à l'exception celui de Kasserine. La N-acétylcystéine, l'antidote des intoxications par le paracétamol n'était disponible que dans 17% des hôpitaux régionaux sous sa forme injectable et dans 20% sous sa forme orale. Le Pralidoxime, utilisé lors des intoxications par les organophosphorés, était disponible dans 83% des hôpitaux inclus, elle n'était indisponible qu'en 3 gouvernorats. Le Flumazénil, le traitement antidotique des intoxications aux Benzodiazépines existait dans 27% de nos hôpitaux régionaux, absents dans 15 gouvernorats. Le Naloxone, antidote des opiacés était disponible dans 23% des HR, absent dans 16 gouvernorats. Le Glucagon, antidote des intoxications aux bêtabloquants et à l'insuline, était disponible dans 70% des hôpitaux et a couvert 50% des gouvernorats. Le Déferoxamine, antidote des intoxications par le fer, existait dans 57% des HR tunisiens et 59% des gouvernorats tunisiens. La Pyridoxine, traitement spécifique des intoxications par les isoniazides était disponible dans 37% des HR et 50% des gouvernorats. Les causes de la non disponibilité sont variables. La principale cause était la non demande par les médecins (73%), suivi par l'existence de produits en état périmé (10%). 3% des hôpitaux ont expliqué la non disponibilité des antidotes par le fait que la commande est en cours.

**Conclusion :** La non disponibilité des antidotes au sein de nos structures hospitalières pose de graves problèmes surtout en cas d'intoxication collective. Une solution auprès du ministère doit être négociée au vu d'améliorer la prise en charge des intoxications et de réduire leur morbi-mortalité.

## **C014. INTÉRÊT DE LA MUSICOTHÉRAPIE AU BLOC OPÉRATOIRE DANS LA PRISE EN CHARGE PÉRI-OPÉRATOIRE DES MALADES OPÉRÉS: RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES.**

AUTEURS : MHAMDI.S, SFEYHI.AN\*, NAKHLI.MS, AJINA.A, KAHOUL.M, NAIJA.W

*Service d'anesthésie réanimation. CHU Sahloul*

**Introduction :** La musicothérapie est une thérapie qui utilise les propriétés relaxantes de la musique afin de rétablir, maintenir ou améliorer les capacités sociales, mentales et physiques d'une personne. Son efficacité a été essentiellement prouvée dans la prise en charge du stress physique et psychique lié à certaines pathologies psychiatriques. Le but de ce travail est d'évaluer l'apport de la musicothérapie au bloc opératoire dans la réduction du niveau de stress lié à la chirurgie et dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge péri-opératoire.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective randomisée en double aveugle réalisée au bloc opératoire de chirurgie générale du CHU Sahloul sur une période de deux mois. Ont été inclus dans cette étude, tous les patients âgés de 16 à 65 ans et proposés pour une chirurgie programmée sous anesthésie générale. Les malades

proposés pour une chirurgie urgente ou touchant la région cranio-faciale ainsi que les malades présentant des troubles auditifs ou cognitifs ont été exclus de l'étude. Tous les patients consentant ont eu un casque transmettant de la musique à partir d'un lecteur MP 3 juste avant l'induction anesthésique. Les patients ont été par la suite répartis aléatoirement en deux groupes : groupe M+ (casque en per-opératoire avec musique) et groupe M-(casque sans musique). Le critère de jugement principal était la satisfaction du malade. Les critères de jugement secondaires étaient: le retentissement hémodynamique per-opératoire, la qualité du réveil du patient et l'incidence de la mémorisation per-opératoire.

**Résultats :** Notre population d'étude était faite de 40 patients répartis en 2 groupes de 20 patients chacun. Les caractéristiques démographiques des malades ainsi que la durée moyenne de l'acte et de l'anesthésie étaient comparables dans les 2 groupes. Les principales indications chirurgicales étaient la chirurgie biliaire, la chirurgie colique et la proctologie. Le nombre des malades satisfaits était significativement plus important dans le groupe musicothérapie (18 vs 15 avec  $p=0.013$ ). Le profil hémodynamique per-opératoire était comparable entre les 2 groupes. Un réveil agité (échelle de Riker  $\geq 5$ ) était significativement moins fréquent dans le groupe musicothérapie (3 vs 11 avec  $p=0.036$ ). La mémorisation per-opératoire était moins fréquente dans le groupe musicothérapie (2 vs 8) sans différence statistiquement significative.

**Conclusion :** La musicothérapie per-opératoire pourrait être intéressante dans la prise en charge péri-opératoire en améliorant la satisfaction du malade et la qualité du réveil et en réduisant l'incidence de la mémorisation per-opératoire.

## **CO15. VALUE OF SERUM CHOLINESTERASE ACTIVITY IN THE DIAGNOSIS OF SEPTIC SHOCK DUE TO BACTERIAL INFECTIONS**

AUTEURS : NAJEH BACCOUCH\*; KAMILIA CHTARA; KAIS REGAIEG; OLFA TURKI; HEDI CHELLY; CHOKRI BEN HAMIDA; MABROUK BAHLOUL; MOUNIR BOUAZIZ  
Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

**Background:** We aimed to investigate whether serum cholinesterase (SchE) activity could be helpful for the diagnosis of septic shock and to evaluate its utility in comparison with procalcitonin (PCT) and C-reactive protein (CRP).

**Methods:** A prospective single-blinded study conducted in intensive care unit of university hospital. Patients were classified as having cardiogenic shock, septic shock or haemorrhagic shock. Moreover, we have included a control group without hemodynamic instability and without sepsis. For all included patients, Blood samples were obtained (Serum ChE, procalcitonin and CRP) at the same time.

**Results:** The comparison of sepsis markers between all groups showed that the mean value of PCT and CRP was significantly higher in patients with septic shock group. However, Serum ChE activity was significantly lower in this last group. Serum ChE activity was found to be the finest marker for the diagnosis of septic shock in comparison with PCT and CRP. In fact a SchE activity  $\leq 4000$  UI/l was associated with the diagnosis of septic shock with sensitivity at 78%, specificity at 89%, a negative predictive value at 97% and positive predictive value at 65%. However, despite the low value of ChE activities was found to be well correlated with the diagnosis of septic shock, it was not associated with a poor outcome (death) in multivariate analysis.

**Conclusions:** The SchE activity level was significantly decreased in patients with septic shock and was not correlated with mortality. Our results suggest that SchE activity might play an important role in the positive diagnosis of septic shock. Others studies are needed on this subject.

# COMMUNICATIONS ORALES.

—— Salle Carthage 2 ——

## CO16. COLISTINE EN AEROSOLS DANS LES PNEUMONIES ACQUISES SOUS VENTILATION MECANIQUE

AUTEURS : A. TRIFI\*, S. ABDELLATIF, F. DALY, M. OUESLATI, M. BOUZIDI, R. MANNAI, K. MAHJOUR, R. NASRI, S. BEN LAKHAL

Service de réanimation médicale. CHU La Rabta. Tunis. Tunisie

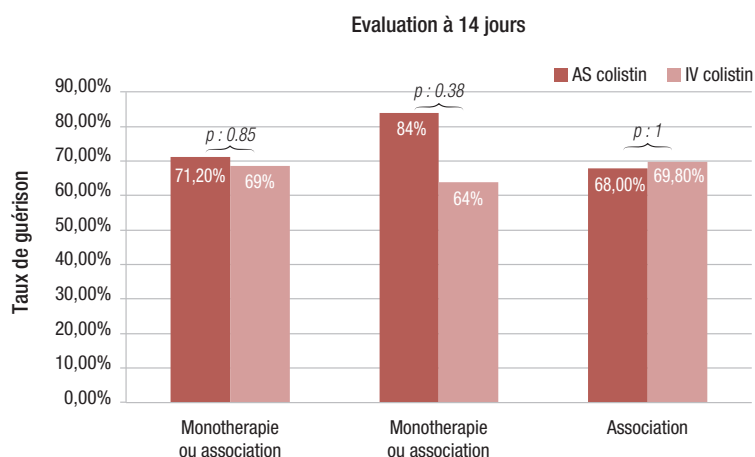
**Introduction :** le traitement des pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) à bactéries multi résistantes (BMR) représente un défi majeur. En effet, dans nos milieux de réanimation, la colistine demeure souvent le seul agent actif sur les BGN multi résistants. Mais administrée par voie intraveineuse (IV), la colistine peut induire une toxicité systémique. Le but de la présente étude était d'évaluer l'efficacité ainsi que la toxicité systémique de la colistine en aérosol dans les PAVM.

**Patients et Méthodes:** étude prospective randomisée comparative de deux groupes de patients présentant une PAVM. Un groupe d'essai traité par colistine en aérosol (AS) et un groupe contrôle traité par colistine en intraveineuse (IV). Les patients inclus étaient ceux qui ont eu une ventilation mécanique plus de 48 heures et qui ont développé une PAVM. Les critères d'exclusion étaient un choc septique et / ou bactériémie ou lorsque la souche isolée était de profil multi sensible imposant la désescalade et l'arrêt de la colistine. La colistine a été administrée soit en monothérapie ou en association en fonction de l'antibiogramme. La PAVM a été retenue par un score CPIS (Clinical Pulmonary Infection Score) > 6. Le critère de jugement principal était le succès thérapeutique défini par l'éradication microbiologique, correction du rapport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> et le nettoyage radiologique. Les critères secondaires étaient la durée de la ventilation mécanique, la durée du séjour et la mortalité à J 28. La toxicité systémique a été évaluée par la survenue de l'insuffisance rénale aiguë (IRA) et les signes de neurotoxicité.

**Résultats:** 133 patients ont été recensés : 66 dans le groupe AS et 67 dans le groupe IV. Les taux de guérison à la fin de la cure de la colistine étaient similaires dans les deux groupes (71,2% versus 68,6%, p = 0,85). L'efficacité a été prouvée aussi bien en monothérapie (p=0,38) qu'en association (p= 1). L'efficacité de la voie aérosols était supérieure dans la correction du rapport PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> et plus rapide dans l'éradication du pathogène (10,4 vs 12,15 j, p = 0,04). Également, Chez les survivants, le sevrage de la ventilation était plus précoce dans le groupe AS: 13 vs 19 jours (p = 0,01). L'incidence de l'IRA était significativement moindre dans le groupe AS (16.7% vs 35.8% p=0.018). Ainsi que le recours à l'épuration extra rénale (p=0,034).

**Conclusion:** la colistine en aérosols a été efficace dans les PAVM à BMR avec une supériorité dans l'amélioration du rapport PaO<sub>2</sub> /FiO<sub>2</sub> et le temps requis pour stérilisation bactériologique. Mais, notamment le moindre risque de néphrotoxicité par administration AS qui permet de promouvoir le choix de cette modalité dans le traitement des PAVM à BMR non compliqués de choc septique et / ou de bactériémie.

TAUX DE GUÉRISON DES 2 GROUPES À J 14 SELON LE MODE D'ADMINISTRATION DE LA COLISTINE



## CO17. CORRELATION ENTRE PAVM ET PH TRACHEAL

AUTEURS : BICHIU L\*, KAMOUN S, CHAOUCH O, BEN SOUISSI A, KOUBAJI S, LAARIBI B, BOUSARSAR Y, MEBAZAA MS

Hôpital Mongi Slim Réanimation

**Introduction :** Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) constituent un problème majeur en milieu de réanimation de par leur gravité et leur fréquence. Leur diagnostic précoce est facilité par des scores spécifiques, communément le Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS) de sensibilité et de spécificité très discutables. En effet, les différents items cotés dans ce score peuvent nous référer aux divers événements associés à la ventilation mécanique autres qu'infectieux. Nous avons émis l'hypothèse que la pullulation microbienne dans

les sécrétions trachéales pourrait modifier le pH de celles-ci et sa mesure pourrait constituer un moyen d'aide au diagnostic, simple, rapide et peu onéreuse. Le but de notre travail est de chercher une corrélation entre la survenue de PAVM et les modifications du pH trachéal.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective observationnelle réalisée au service d'Anesthésie Réanimation de l'Hôpital Mongi Slim la Marsa, s'étendant sur 4 mois, du 15 Mars au 15 juin 2015. Notre critère de jugement principal était la recherche d'une corrélation entre le pH des sécrétions trachéales, mesuré par papier pH, et le CPIS. Nos critères de jugement secondaires étaient la recherche d'une corrélation entre le pH trachéal et l'aspect des sécrétions pulmonaires, ainsi qu'avec le résultat bactériologique. Les résultats ont été exprimés sous forme de moyennes  $\pm$  écart-type, médianes  $\pm$  extrêmes et pourcentages. Le seuil de signification statistique a été fixé à  $p=0,05$ .

**Résultats :** Nous avons inclus 27 malades chez qui nous avons pratiqué la mesure du pH des sécrétions trachéales quotidiennement depuis le premier jour d'intubation jusqu'à J10. Dans 9 cas nous avons eu l'association prélèvement distal protégé (PDP) positif et un CPIS  $\geq 6$ .

**Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de corrélation entre :**

- Le pH trachéal et le CPIS (Tableau I).
- Le pH trachéal et l'aspect des sécrétions trachéales :  $p=0,32$
- PH trachéal et les résultats microbiologiques :  $p=0,23$

Une corrélation positive a été trouvée entre le pH trachéal et l'abondance des sécrétions trachéales,  $p=0,01$

CPIS seuil 6		Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum	Effectif
< 6	pH	6,1	0,9	6,0	5,0	8,0	114
$\geq 6$	pH	6,6	1,0	7,0	5,0	8,5	91

**Discussion :** En comparant nos résultats avec le peu de données de la littérature, nous trouvons qu'un pH trachéal acide est plus en faveur d'une infection pulmonaire (ClaryMeinesz C. Eur Respir J. 1998, Karnad DR. Crit Care Med. 1990).

**Cependant, notre étude souffre de quelques limites :**

- Un effectif réduit
- La mesure du pH au niveau trachéal, mesure influencée par les conditions locales : les régurgitations, le recours aux antisécrétoires, à l'alimentation entérale, la trachéotomie, le tabagisme...
- La non connaissance au préalable de la composition chimique physiologique des sécrétions pulmonaires spécifiques de chaque individu.

**Conclusion :** Dans notre étude, la mesure du pH trachéal ne contribue pas au diagnostic précoce des PAVM. Cependant, la recherche d'un moyen d'aide au diagnostic simple, fiable et peu coûteux s'impose.

## **CO18. INTÉRÊT DU SHOCK INDEX DANS LA PRÉDICTION DU COLLAPSUS DE REVENTILATION ET DE LA MORTALITÉ**

AUTEURS : YACOUBI S<sup>(1)</sup>, BEN SIK ALI H<sup>(1)</sup>, TILOUCHE N<sup>(1)</sup>, LAHMAR M<sup>(1)</sup>, GHARBI R<sup>(1)</sup>, FEKIH HASSEN M<sup>(1)</sup>, ELATROUS S<sup>(1)</sup>

1. Service de Réanimation médicale de l'hôpital EPS Taher Sfar

**Introduction :** L'intubation oro-trachéale se complique fréquemment par des troubles hémodynamiques. En effet une hypotension  $< 80$  mmHg était retrouvée dans 28.6% des cas. L'identification de ces patients est souvent difficile par le seul examen des signes vitaux. Le shock index(SI) pourrait être un signe précoce d'un état de choc. Le but de cette étude est de déterminer l'Intérêt du (SI) dans la prédiction de la survenue du collapsus de reventilation et de la mortalité.

**Matériels et Méthodes :** C'est une étude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale de Mahdia entre janvier 2013 et septembre 2015. Tous les patients hospitalisés en réanimation et ayant eu une intubation oro-trachéale étaient inclus. Les patients en état de choc et ou intubés dans un autre service étaient exclus. Les paramètres recueillis étaient les caractéristiques démographiques, le score de gravité (SAPSII), les co-morbidités, le motif d'admission en réanimation et de recours à l'intubation, le SI avant l'intubation, les médicaments utilisés pour l'induction, le recours aux drogues vasoactives, la durée de ventilation, la durée de séjour et la mortalité.

**Résultats :** Durant la période de l'étude 66 patients (âge médian à 70, IQR (57-80), et SAPSII médian à 35, IQR (26- 52) étaient inclus. Trente neuf patients étaient des PCO. L'insuffisance respiratoire aigüe était le motif le plus fréquent d'hospitalisation et de recours à l'intubation (95.5%). L'incidence de collapsus de reventilation était de 80.3%. Trente trois patient avaient un SI  $>$  à 0.8. La mortalité était de 45.5%. En analyse univariée, un collapsus de reventilation était retrouvé chez 79% des patients avec SI $<$ 0.8 et 80% des patients avec SI $>$ 0.8. La mortalité était significativement plus élevée en cas de SI  $>$ 0.8 (30%vs 60%,  $p=0.013$ ). En analyse multivariée, l'insuffisance

cardiaque chronique (OR : 9.54, IC95% (1.006-90.658)  $p=0.049$ ) et un  $SI>0.8$  (OR : 3.71, IC95% (1.27-10.8),  $p=0.016$ ) étaient les facteurs prédictif de mortalité.

**Conclusion :** L'incidence du collapsus de reventilation est élevée dans notre étude. Un  $SI>0.8$  prédit la mortalité et non le collapsus de reventilation.

## **CO19. VALEUR PRONOSTIQUE DU SHOCK INDEX MODIFIÉ AUX URGENCES.**

AUTEURS : KAMEL MAJED, RAMLA BACCOUCHE\*, KHEDIJA ZAOUCHE, SOUIDETTE MOUHAMADOU, ASMA BEN HAMIDA, HAMIDA MAGHRAOUI, CHOKRI HAMOUDA, NEBIHA BORSALI FALFOUL.

*urgence la Rabta*

**Introduction :** Aux urgences, l'appréciation clinique de la gravité se base soit sur des scores de gravité soit sur l'interprétation de valeurs absolues des pressions artérielles systoliques, diastoliques en occultant souvent la fréquence cardiaque. Le shock index modifié (SIM) en rapportant la fréquence cardiaque à la pression artérielle moyenne a été validé comme paramètre d'évaluation de la gravité mais pas assez étudié aux urgences. L'objectif de notre étude était d'étudier l'apport du SIM dans la prédiction de la mortalité intra hospitalière.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective descriptive menée aux urgences de la Rabta durant 2 mois : du 1<sup>er</sup> juillet 2015 au 31 août 2015. Nous avons inclus dans notre étude, les patients âgés de dix-huit ans et plus consultant les urgences durant la période d'étude. N'ont pas été inclus dans notre étude: les patients âgés de moins de 18ans, les patients consultants ou admis à l'UHCD pour une pathologie traumatique, les patients sous traitement anti-arythmique ainsi que les patients admis d'emblée pour insuffisance circulatoire aigue. Nous avons exclus les patients évadés ou sortis contre avis médical.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 225 patients ont été inclus, l'âge moyen était de 57ans +/- 17,2 avec un sex ratio égal à 1,36. 18,2% des consultants ont été adressés d'un autre hôpital. Parmi les 225 patients retenus, 16% avaient un score de Glasgow inférieur à 15/15, 10% étaient en détresse respiratoire, 11% avaient une pression artérielle inférieure à 90 mm Hg sans signes d'hypo perfusion périphérique. Dans 30,3% des cas les malades ont été hospitalisés pour pathologie septique et dans 29% pour urgence cardiovasculaires. Le reste des malades ont été hospitalisés pour des pathologies diverses regroupant des désordres métaboliques ou neurologiques avec des proportions ne dépassant pas 5%. Au cours de la période d'étude, 25 malades étaient décédés soit 11,1%, 13 (52%) parmi eux avaient un SIM supérieur à 1,3 versus 25% parmi les survivants et un seul malade avait un SIM inférieur à 0,7. La différence entre le groupe des survivants et des décédés était statistiquement significative avec  $p = 0,03$ . La moyenne du SIM était de 1,1 parmi les survivants et de 1,4 parmi les décédés avec  $p=0,004$ . L'air sous la courbe ROC était de 0,7 avec la valeur seuil de 0,77.

**Conclusion :** Le SIM peut être utilisé comme outil d'aide au triage des patients consultant les urgences pour pathologie non traumatiques et ce pour optimiser leurs prise en charge précoce.

## **CO20. EFFET DE LA NORADRENALINE SUR LA MICROCIRCULATION AU COURS DU CHOC SEPTIQUE : ETUDE PAR MICRODIALYSE**

AUTEURS : AMIRA FATNASSI\*, ZIED.HAJJEJ, WALID SAMMOUD, CHIHEB.ROMDHANI, IHEB.LABBENE, MUSTAPHA. FERJANI

*Service d'anesthésie réanimation de l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.*

**Introduction :** La présence d'altérations des flux microcirculatoires, à l'origine d'une hypoxie cellulaire, peut coexister avec la présence de flux macrocirculatoires tout à fait adéquat. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'effet de la noradrénaline sur les paramètres métaboliques de la microcirculation mesurés par microdialyse musculaire.

**Matériel et méthodes :** nous avons conduit une étude prospective, monocentrique, randomisée en double aveugle. Trente patients en état de choc septique ont été randomisés pour recevoir soit le levosimendan ;  $0.2 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$  ( $n = 10$ ) soit la dobutamine ;  $5 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$  ( $n = 10$ ) soit un placebo ; sérum physiologique ( $n=10$ ). Le monitoring hémodynamique de la macro-circulation a été effectué par échographie cardiaque. L'analyse des éléments de la microcirculation (lactate, pyruvate et rapport lactate/pyruvate) était faite toutes les six heures pendant les trois premiers jours par microdialyse musculaire (CMA600, CMA Microdialysis AB, Stockholm, Suède). L'analyse statistique pour étudier les corrélations entre les paramètres de la microcirculation et la dose de noradrénaline ont été faites avec le test  $r$  de Pearson ou le test de Spearman selon la normalité des variables. Un seuil de significativité ( $p$ ) est fixé à 0,05.

**Résultats :** les données démographiques des trois groupes étaient comparables. Au total 390 prélèvements ont été analysés. Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre la dose de noradrénaline et le taux de lactate musculaire et le rapport lactate/pyruvate musculaire ( $p > 0.05$ ) pour tous les groupes : levosimendan, dobutamine, placebo et lors de l'analyse de tous les patients inclus dans l'étude. Par contre nous avons trouvé une corrélation inverse faible entre la dose de noradrénaline et le taux de pyruvate musculaire ( $p < 0.05$ ) pour les groupes témoin, dobutamine et lors de l'analyse de tous les patients inclus dans l'étude. Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre la dose de noradrénaline et le taux de pyruvate musculaire dans le groupe levosimendan.



**Discussion :** Les résultats retrouvés dans notre série sont en accord avec certaines études (1) mais pas avec d'autres (2). L'utilisation des vasopresseurs actuels dans le traitement du choc septique fait appel à des molécules non sélectives dont l'action sur la macrocirculation est appréciable facilement en clinique mais dont les effets sur la microcirculation (modifiée de façon hétérogène dans les organes et entre les organes), restant inégaux et parfois délétères, ne sont pas appréciables en globalité par les techniques actuelles de surveillance. La noradrénaline est actuellement le vasopresseur à préférer, même si certaines molécules semblent prometteuses (vasopressine, terlipressine, levosimendan..).

**Conclusion :** Les altérations microcirculatoires sont fréquentes chez les malades en choc septique. Ces altérations ont des implications physiopathologiques importantes car elles semblent impliquées dans le développement de la défaillance multiviscérale, mais d aucuns pourrait également considérer que ces altérations ne font que s adapter à des modifications primitives du métabolisme.

**Références :**

1: Levy B, Intensive Care Med 2010.

2 : Dimopoulou I, Shock 2011

## **C021. LA SCVO<sub>2</sub> À L'ADMISSION : VALEURS POSSIBLE DANS LES ÉTATS DE CHOC ET IMPACT SUR LA MORTALITÉ À J28**

AUTEURS : JAOUED O<sup>(1)</sup>, TILOUCHE N<sup>(1)</sup>, BEN SIK ALI H<sup>(1)</sup>, LAHMER M<sup>(1)</sup>, GHARBI R<sup>(1)</sup>, FEKIH HASSEN M<sup>(1)</sup>, ELATROUS S<sup>(1)</sup>.

*Service de réanimation médicale*

**Introduction :** La SCVO<sub>2</sub> ne peut rendre compte que de l'extraction en O<sub>2</sub> de la partie supérieure du corps. Une valeur basse traduit un déséquilibre entre l'O<sub>2</sub> apporté aux tissus et l'O<sub>2</sub> nécessaire dans ce territoire. Sa mesure pourrait représenter un outil indispensable au monitoring initial des patients en état de choc. Objectifs : déterminer les différentes valeurs possible de la SCVO<sub>2</sub> au cour des états de choc et d'étudier l'impact de la SCVO<sub>2</sub> sur la mortalité.

**Matériels et Méthodes :** C'est une étude observationnelle réalisée au service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia sur une période allant de janvier 2012 au Juin 2015 .Tous les patients hospitalisés pour état de choc et ayant eu une mesure de la ScvO<sub>2</sub> étaient inclus dans cette étude. Les paramètres recueillis : étaient les caractéristiques démographiques, le score de gravité (SAPSII), les co-morbidités, le mécanisme de l'état de choc, la ScvO<sub>2</sub> à l'admission, le taux de lactate, le recours à une ventilation mécanique, le type de drogues vasoactives, la durée de ventilation mécanique, la durée de séjour et la mortalité.

**Résultats :** Durant la période de l'étude 100 patients d'âge moyen à 64±17 ans et avec un SAPSII moyen à 63±13 étaient inclus. La majorité des patients étaient en choc septique (54%). La ScvO<sub>2</sub> moyenne était de 63±13%. Une ScvO<sub>2</sub> < à 70% était retrouvée chez 70% des états de choc septiques, 29% des états de choc hypovolémiques, 75% des états de choc cardiogénique et 67% du choc anaphylactique. Une ScvO<sub>2</sub> < à 50% était observée chez 15% des états de choc septique et 22% des états de choc cardiogénique. Il n'existe pas de différence statistiquement significative de la fréquence d'une ScvO<sub>2</sub> < à 70% entre les patients en septique et non septique (70%vs 76%). La mortalité à j28 était de 54%. Elle était de 60% en cas d'une ScvO<sub>2</sub> < à 70% et de 40% dans le cas contraire (p=0.1). La mortalité la plus élevée était observée chez les patient avec une ScvO<sub>2</sub> < à 50%(72% des cas). En analyse multivariée aucun facteur n'était prédictif de mortalité.

**Conclusion :** trente pourcent des patients septiques présentent à l'admission une ScvO<sub>2</sub>>70%. Le choc hypovolémique et le choc cardiogénique s'accompagne dans près de 70% des cas d'une ScvO<sub>2</sub> <à70%. La mortalité la plus élevée s'observe en cas d'une ScvO<sub>2</sub>< à 50%.

## **C022. DETERMINANTS AND OUTCOMES ASSOCIATED WITH DECISIONS TO DENY ADMISSION IN A TUNISIAN ICU**

AUTEURS : BOUNE B, MEDDEB K, HAMDAOUI Y, NOUIRA H, AZOUZI A, AYACHI J, KHEDHER A, BOUSSARSARM

*Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital. Sousse, Tunisia*

**Introduction :** Decisions on whether to admit a critically-ill patient toICU are complex, since they need to balance the potentialrisks and benefits for the individual patient with thelimited bed availability and thus the implication for futurepatients.Although recommendations for ICU triage areavailable, compliance with them has been shown to be poor. Decisions regarding ICU admission are recurrently not based on scientific evidence, yet refusal is associated with increased mortality. Aim : To analyze determinants and outcomes associated with decisions to deny or to delay ICU admission in critically-ill patients.

**Methods :** An observational prospective study over a 6-month period, between January 1st2015 and June 30st2015, in a 7-bedmedical intensive care unit.Patients' characteristics, reasons for requesting ICU admission,

severity of underlying disease, severity of acute illness and mortality were recorded. Multinomial logistic regression analysis was performed to identify factors associated to ICU admission refusal.

**Results :** ICU admission was requested for 364 patients. 104(28.6%) were admitted, 173(47.5%) were never admitted and 87(23.9%) were admitted to the ICU at a later time. Reasons for refusal were: too sick to benefit, 62(23.8%); too well to benefit, 36(13.8%); unit full, 130(50%); therapeutic limitation, 28 (11%); family order of non ICU admission, 5 (1.92%) and other causes, 14 (5.38%). Multivariate analysis revealed that the non ICU admission was associated with neurological disease (OR, 3.08 ; 95%CI, [1.3–19.08] ; p=0.01), lack of available ICU beds (OR, 6.26; 95%CI, [4.14–9.46] ; p=0.03), cardiac disease (OR, 8 ; 95%CI, [2.91–591.06] ; p<0.001), and metabolic disease (OR, 2 ; 95%CI, [1.02–10.02] ; p=0.02). Hospital mortality was 36.5% (38/104) for immediately admitted patients, 17.2% (15/87) for patients admitted later and 14.4% (25/173) for never admitted patients.

**Conclusion:** Refusal of ICU admission was correlated with the severity of acute illness and lack of ICU. Further efforts are needed to define which patients are most likely to benefit from ICU admission and to improve the accuracy of data on ICU refusal rates.

## CO23. ECMO : A FIRST EXPERIENCE IN ATUNISIAN MEDICAL INTENSIVE CARE UNIT.

AUTEURS : MEDDEB K\*, KHEDHER A, BRAHIM W, AYACHI J, AZOUZI A, NOUIRA H, HAMDAOUI Y, ANOUN M, BOUSSARSAR M.

Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached university hospital. Sousse, Tunisia

**Introduction:** Extracorporeal Membrane Oxygenation is a complex critical care therapy used to provide cardiac or respiratory support in severely ill patients in whom maximum conventional medical management has failed. Inconveniently, only some major ICU centers have access to ECMO across the world. Providing ECMO at patient's bedside can be a solution. Aim : To assess the feasibility of ECMO in a Tunisian medical ICU.

**Cases presentation:** Table 1 summarizes the main characteristics of the three first ECMO implantations performed in the ICU by trained team with mobile unit.

**Conclusion:** This study demonstrates that in a non invasive ICU, mobile ECMO performed by a trained team was feasible and safe. Efforts have to be made to shorten delays for ECMO implantation.

	Case 1	Case 2	Case 3
Age(yrs)	37	41	24
Gender	M	F	M
Initial diagnosis	Acute myocarditis cardiogenic shock	Influenza A (H1N1) ARDS	Alveolar hemorrhage
SAPSII/SOFA	48/12	29/8	44/6
Epinephrine (µg/kg/min)	0.8	0	0
Norepinephrine (µg/kg/min)	2	2	0
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	55	57	58
Serum Creatinin(µmol/L)	233	66	217
ECMO implantation delay (dys)	0	20	8
Time from indication to ECMO(h)	7	8	12
ECMO type	Veno-arterial	Veno-venous	Veno-venous
ECMO technique	Surgical at bedside	Surgical at bedside	Surgical at bedside
ECMO duration (dys)	4	5	5
Complications	0	0	Minor bleeding
Issue	Death	Death	Death

## CO24. ECHOCARDIOGRAPHY FOR THE CRITICALLY-ILL : 1 YEAR EXPERIENCE OF A NON-INVASIVE INTENSIVE CARE UNIT.

AUTEURS : BRAHIM W\*, AMARA R, AZOUZI A, KHEDHER A, AYACHI J, BOUNE R, HAMDAOUI Y, MEDDEB K, BOUSSARSAR M

Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital. Sousse, Tunisia

**Background:** Bedside transthoracic echocardiography (TTE) has become an important tool in the management of critically ill patients. In fact, TTE enables the intensivist to categorize the shock state and to develop an effective management strategy. In our non-invasive ICU, we still not have bedside TTE, and this examination is made by cardiologist, in the cardiology department. Aim : To evaluate, in our context, the use of TTE, and its impact in the diagnosis and/or the management of the critically ill.

**Methods:** A retrospective study involving all patients admitted to ICU from January to December 2014, for respiratory or circulatory failure and who may have warranted a TTE. Patients' characteristics and any change in diagnosis and/or management after TTE were recorded.



**Results:** One hundred sixty nine patients out of a total of 350 admission in 2014 were included. 47 (28%) have had a TTE. Compared patients' characteristics between those who underwent TTE or not are displayed in table 1. When performed, TTE revealed left ventricle dysfunction (27,5%) and signs of chronic pulmonary hypertension (6%). However the TTE was normal in 20% of exams. These findings led to a change of the diagnosis in 4 patients (10%) and in the management of 8 (20,5%) patients in which 15% was considered important. Univariate analysis didn't find any factors that predict a change in the diagnosis and/or the management of the patients (table 2).

**Conclusion:** In our non-invasive ICU, TTE is underprescribed. When performed, its impact on the diagnosis or the management of the patients is uncertain. Bedside TTE would be a more valuable tool giving a rapid and repeated evaluation of the critically ill patients and avoiding transport related risk.

	TTE practiced (n=47)	TTE not practiced (n=121)	p
Gender (M) n(%)	31(66.0)	82(67.8)	0,48
Underlying disease n(%)	43 (91.5)	93 (76.9)	0.02
Hemodynamic failure n(%)	13(27.7)	58(47.9)	0.013
Acute respiratory failure n(%)	47(100)	110(90.9)	0.024
EKG changes n(%)	27(58.7)	30(24.8)	0.38
Elevated cardiac troponin n(%)	13(27.7)	11(9.1)	0.40
Non-invasive ventilation n(%)	36(76.6)	50(41.3)	<0.001
Invasive ventilation n(%)	22(46.8)	86(71.1)	0.003
Vasopressors n(%)	26 (55.3)	32 (26.4)	0.11

	Change + (n = 8)	Change - (n = 39)	p
Gender (M) n(%)	4 (50.0)	27 (69.2)	0.25
Underlying disease n(%)	7 (87.5)	36 (92.3)	0.53
Hemodynamic failure n(%)	4 (50.0)	9 (23.1)	0.13
Acute respiratory failure n(%)	8 (100)	39 (100)	0.56
Invasive ventilation n(%)	3 (37.5)	19 (48.7)	0.42
Non-invasive ventilation n(%)	6(75.0)	30 (76.9)	0.61

## CO25. CARACTÉRISTIQUES ÉCHOCARDIOGRAPHIQUES DES BRONCHOPATHES CHRONIQUES AU COURS DES OAP

AUTEURS : YZ ELHECHMI\* ; I LAMINE ; H DOGHRI ; R BEN KADDOUR ; MA CHÉRIF ; I SEDGHIANI ; M REZGUI ; Z JERBI  
 CHU Habib Thameur - Département Urgence et Réanimation

**Introduction:** Bien qu'une grande partie des décompensations de broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) soit due à une insuffisance ventriculaire gauche (IVG), leur prise en charge thérapeutique pose encore des problèmes en matière de diagnostic positif et de traitement. Les caractéristiques échocardiographiques qui découlent du mécanisme de l'IVG au cours des BPCO pourraient différer de ceux des non BPCO et aider à améliorer la prise en charge thérapeutique ainsi que le pronostic. Le but de ce travail était de déterminer les caractéristiques échocardiographiques qui différencient les patients BPCO des non BPCO au cours des OAP, caractéristiques non encore suffisamment étudiées dans la littérature.

**Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 35 mois (février 2011 à décembre 2013), colligeant 70 OAP ayant bénéficié d'une échocardiographie répartis en deux groupes 17 avec BPCO et 53 sans BPCO. Les données démographiques, cliniques, para-cliniques et évolutives ont été recueillies. Une analyse descriptive et analytique a été faite avec le logiciel SPSS18.

**Résultats :** Les caractéristiques échocardiographiques ont été comparées chez les deux groupes. Les patients BPCO avaient plus de dysfonction diastolique 92,3% contre 51,4% ( $p=0,017$ ), moins de dysfonction systolique 52,9% contre 80,8% ( $p=0,053$ ). Il n'y avait pas de différence significative en matière de pression artérielle pulmonaire systolique (PAPS) et de dilatation des cavités droites. Le rapport E/A était plus bas chez les BPCO 0,66 [0,63-0,78] contre 1,38 [0,76-2,00] ( $p=0,018$ ). La FEVG était plus élevée chez les BPCO, 52,0% [36,0-63,0] contre 39,0% [25,0-50,0] ( $p=0,015$ ). Les patients BPCO avaient une anomalie de la relaxation dans 87,5% des cas contre 33,3% chez les non BPCO. Les patients BPCO présentaient 19,5 fois plus de risque d'avoir un rapport E/A<0,75 et 14 fois plus de risque qu'il soit inférieur à 1 par rapport aux non BPCO.

**Conclusion :** Au cours des OAP, les patients BPCO présentent significativement plus de dysfonction diastolique et moins de dysfonction systolique que les non BPCO. La PAPS et les diamètres des cavités droites étaient comparables entre les deux groupes.

## **C026. ETUDE DE LA CORRELATION ENTRE LA VARIATION DU TAUX DE NT-PRO-BNP ET LA VARIATION DU POIDS CHEZ LE PATIENT HEMODIALYSE AVANT ET APRES DIALYSE**

AUTEURS : KAOUTHER DHIFAOUÏ \*, ZIED HAJJEJ, WALID SAMMOUD, IHEB LABBENE, MUSTAPHA FERJANI  
*Service d'anesthésie réanimation de l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.*

**Introduction :** L'évaluation de la volémie est difficile à prédire chez l'insuffisant rénal chronique avant la séance d'hémodialyse (HD), cependant ce paramètre est très important pour prévoir le volume à retrancher au cours de la séance. L'objectif de notre travail était d'étudier la corrélation entre la volémie appréciée par l'écart du poids par rapport au poids sec et la NT-proBNP avant la dialyse ainsi que le taux de NT-proBNP avant et après la dialyse par rapport aux variations de poids au cours de la séance.

**Matériel et méthodes :** Cette étude a été conduite dans le service de réanimation polyvalente de l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis (HMPIT) de février jusqu'à septembre 2014. C'est une étude prospective qui a été réalisée chez des patients avec insuffisance rénale chronique au stade terminal. Tous les patients ont eu trois séances par semaine d'hémodialyse avec un bain de bicarbonate standard à l'aide des membranes semi-synthétiques. Le poids sec a été déterminé selon une approche clinique. Le poids ainsi que les taux de NT-proBNP ont été mesurés immédiatement avant et après HD.

**Résultats :** Un total de 22 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 50 ans. Une réduction significative de poids après HD par rapport aux valeurs avant HD a été trouvée ( $p = 0,001$ ). Il a été observé une réduction significative des valeurs de NT-pro BNP après HD par rapport aux valeurs avant HD ( $p = 0,03$ ). Une faible corrélation entre les changements des valeurs de NT-proBNP et la perte de poids ( $r_2 = 0,43$ ,  $p = 0,04$ ) avant et après HD a été notée. Il y avait également une corrélation entre les niveaux de NT-proBNP et le gain de poids par rapport au poids sec avant la dialyse ( $r_2 = 0,63$ ,  $p = 0,02$ ).

**Conclusion :** NT-proBNP peut être utilisé chez les patients en dialyse chronique pour l'évaluation de la volémie, en particulier si le poids à sec du patient est inconnu. Mais il doit être interprété en fonction des paramètres cliniques, notamment en cas de pathologies cardiaques sous-jacentes.

## **C027. HEMODIALYSE SEQUENTIELLE EN REANIMATION : BILAN DE 10 ANS.**

AUTEURS : MEDDEB K\*, KHEDHER A, AYACHI J, HAMDADOUÏ Y, AZOUZI A, BRAHIM W, NOUIRA H, BOUNEB R, ANOUN M, BOUSSARSAR M  
*Service de réanimation médicale. Hôpital Universitaire Farhat Hached. Sousse, Tunisie*

**Introduction :** L'apparition d'une insuffisance rénale aiguë en milieu de réanimation est très fréquente évoluant par moment jusqu'à nécessiter le recours à l'hémodialyse dont la mise en route est parfois risquée chez des patients instables.

**Matériels et méthodes :** Etude rétrospective descriptive réalisée au service de réanimation médicale Farhat Hached à Sousse sur une période de 10 ans (2005-2015) incluant tous les patients ayant été dialysés pour une insuffisance rénale aiguë.

**Résultats :** Au total 65 séances d'HD ont été réalisées chez 35 patients. L'âge moyen a été de  $55 \pm 20$  ans. Le SAPS II moyen a été de  $51 \pm 12$ . Les pathologies en cause étaient majoritairement respiratoires, 43% : OAP cardiogénique, 20% ; pneumopathies infectieuses, 15% ; états de choc, 34% (septiques, 21% ; hypovolémiques, 12%). La nécrose tubulaire aiguë était la principale étiologie, 68%. 84% des patients étaient sous ventilation mécanique au moment de la dialyse, 65% étaient sous drogues vasoactives. 56% ont eu une seule séance de dialyse. Une intolérance hémodynamique a été constatée dans 40% des cas. La mortalité est de 78%.

**Conclusion :** La présente étude démontre un faible recours à l'hémodialyse avec une mortalité élevée faisant discuter le moment opportun pour l'initiation de l'HD.

## **C028. INCIDENTS TRANSFUSIONNELS EN REANIMATION : NATURES, FACTEURS PREDISPOSANTS ET IMPACT SUR L'EVOLUTION**

AUTEURS : A. TRIFI, M. BOUZIDI, M. FATNASSI, S. ABDELLATIF, M. BACHROUCH, M. OUESLATI, R. MANAI, F. DALY, R. NASRI, S. BEN LAKHAL  
*Service de réanimation médicale. CHU la Rabta Tunis, Tunisie*

**Introduction :** Les transfusions sanguines peuvent sauver le pronostic vital dans bon nombre de circonstances médicales et/ou chirurgicales. Les bénéfices résident dans la restauration rapide des phénomènes d'hémostase et l'amélioration du contenu et du transport de l'O<sub>2</sub>. Toutefois, le rapport bénéfice/risque des transfusions sanguines considéré comme extrêmement rentable, a fait l'objet d'une attention de plus en plus accrue et la création des réseaux d'hémovigilance. Les incidents transfusionnels (IT) sont liés à plusieurs facteurs : qualité intrinsèque du

produit, terrain du receveur, erreurs humaines ou la conjonction de plusieurs de ces facteurs. Les incidents les plus rapportés sont les réactions immuno-hématologiques ; dont la plus préoccupante en réanimation est le transfusion related acute lung injury : TRALI, les contaminations infectieuses et les accidents de surcharge ou TACO : transfusion associated circulatory overload.

Les objectifs de ce travail étaient d'identifier la nature des IT en réanimation, analyser les facteurs liés à leur survenue et évaluer leur impact sur l'évolution.

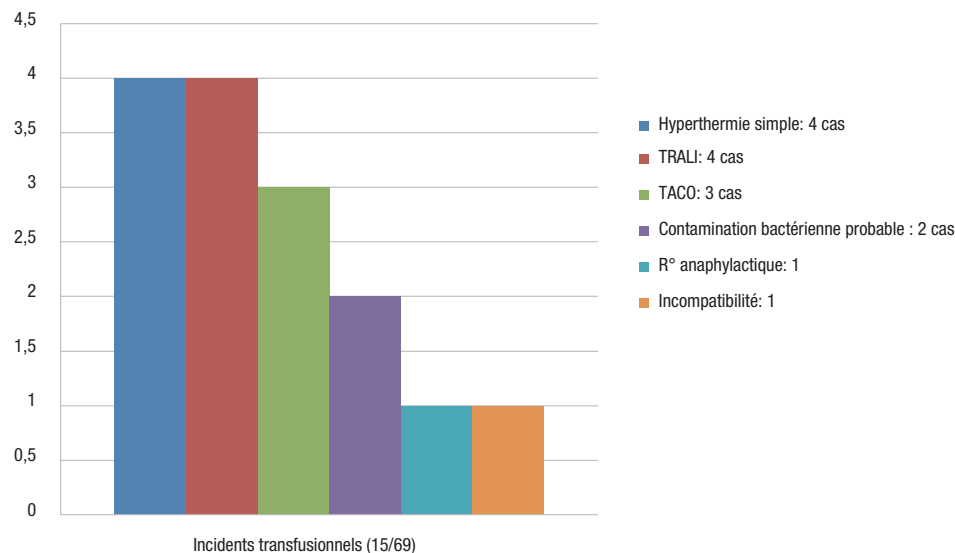
**Patients et méthodes :** étude rétrospective analytique type cas/témoins selon la survenue ou non d'incidents transfusionnel (IT) sur une période de 5ans : 2011-2015. Ont été inclus tous les malades ayant eu une transfusion par tout type de produit sanguin labile (CGR, CPQ et PFC). Les produits sanguins stables type facteurs de coagulation, fibrinogène ou complexe pro-thrombinique : PPSB n'ont pas été étudiés.

**Aucun critère d'exclusion n'a été considéré. Les facteurs de risque présumés :** allo-immunisation antérieure, un SIRS sous jacent précipitant la survenue d'un TRALI, une insuffisance cardiaque ou rénale exposant au TACO ont été analysés. La distinction entre TRALI et TACO était établie à postériori.

**Résultats :** 69 malades ont été recensés avec 15 cas (IT+) et 54 cas (IT-) soit une fréquence d'IT de 21.7%. 309 actes transfusionnels effectués dont CGR (59%), CPQ (29%) et PFC (12%). Les IT rapportés schématisés sur la figure jointe. L'âge et la gravité étaient comparables entre les deux groupes (âge moyen : 43+18 vs 51+17,  $p=0.15$  et IGS II moyen : 36+14 vs 37+13,  $p=0.8$ ). Une prédominance masculine a été relevé dans le groupe IT+ (sex ratio : 1.5 vs 1). Le sepsis ou SIRS sous jacent était le facteur le plus associé à la survenue de TRALI (OR=1.16, IC [1.06-2.07],  $p=0.04$ ). Aucune signification pour une allo immunisation antérieure, l'immunodépression ou une transfusion massive. Pour le TACO, les facteurs les plus associés sans véritable significativité étaient l'insuffisance rénale ( $p=0.08$ ) et la transfusion massive ( $p=0.06$ ). Pas de signification pour l'insuffisance cardiaque dans la survenue de TACO (OR =1.3 IC [0.53-2.7],  $p=0.49$ ). L'erreur humaine a été incriminée dans le cas d'incompatibilité. La mortalité était comparable (60% vs 61%,  $p=1$ ) mais la durée de séjour plus élevée dans le groupe IT+ (39 vs 26,  $p=0.03$ ). La mortalité était à 100% pour le sous groupe TRALI.

**Conclusion :** les IT sont des événements indésirables liés à plusieurs facteurs. Leur survenue est émaillée d'un alourdissement de la morbi- mortalité notamment le TRALI. Les réactions d'incompatibilité et d'allo immunisation peuvent être évitables par la sollicitation d'un système de vigilance dynamique et réactif.

#### INCIDENTS TRANSFUSIONNELS DÉCRITS SUR 5 ANS



## C029. ENQUETE SUR LA SECURISATION DES PROCEDURES

AUTEURS : JAOUED O, TILOUCHE N<sup>(1)</sup>, BEN SIK ALI H<sup>(1)</sup>, MATEUR H<sup>(1)</sup>, GHARBI R<sup>(1)</sup>, FEKIH HASSEN M<sup>(1)</sup>, ELATROUS S<sup>(1)</sup>.

<sup>1</sup>. Service de Réanimation médicale de l'hôpital EPS Taher Sfar.

**Introduction :** La sécurisation des procédures à risque est une démarche qui permet d'identifier et de traiter les différentes sources de risque afin de réduire au minimum le risque pour les patients. Le taux de complications mécaniques précoces de la mise d'un cathéter central est élevé même pour des opérateurs expérimentés. Actuellement, la pose échoguidée bidimensionnelle en temps réel est la méthode de référence d'insertion des CVC en jugulaire interne chez l'adulte et l'enfant. L'objectif de cette enquête est d'évaluer les pratiques de l'utilisation de l'échographie pour la mise en place d'un cathéter central.

**Matériels et Méthodes :** Un questionnaire était envoyé à 6 services dans la région du sahel Tunisien (5 services de réanimation et un service des urgences). Il se composait au total de 16 questions. Les items portaient sur le statut de l'interrogé, l'utilisation ou non de l'échographie pour la pose d'un cathéter central, les formations reçues concernant l'apprentissage de l'échographie par le médecin et son type et l'utilisation de l'échographie pour optimiser la prise en charge en réanimation.

**Résultats :** Quarante médecins avaient répondu au questionnaire. La majorité des participants étaient des résidents (87.5%). Les participants étaient des réanimateurs médicaux dans 47.5% et des urgentistes dans 20% des cas. Soixante cinq pourcent des participants avaient posé plus de 100 cathéters depuis le début de leur carrière. La fréquence de l'utilisation de l'échographie pour la pose d'un cathéter était de 17.5% pour la veine jugulaire, 15% pour la veine sous clavier et 0% pour la veine fémorale. Les raisons de l'absence de l'utilisation de l'échographie étaient essentiellement, la bonne connaissance du repère anatomique (50% des cas) et l'absence de l'échographie dans le service (30% des cas). Quarante pourcent des interrogés avaient reçu une formation théorique soit dans les congrès (dans 30% des cas), ou dans les collèges (30% des cas) et/ou par une formation payante (40% des cas). Une formation échographique sur mannequin de simulation était réalisée par 40% des participants. La majorité des médecins pensent que l'échographie pourrait aider à optimiser la prise en charge en réanimation surtout pour repérage d'un épanchement pleural avant ponction (90% des cas)

**Conclusion :** L'utilisation de l'échographie pour sécuriser les gestes techniques en réanimation est peu utilisée. Des efforts doivent être fournis pour assurer une formation adéquate et touchant tous les réanimateurs.

## **C030. HYGIÈNE ET BIJOUX EN RÉANIMATION**

AUTEURS : KILANI A, EL GHERIBI M, BEN SLIMANE A, JAOUA H, BEN FADHEL K

Service d'anesthésie Réanimation. Hôpital Habib Thameur. Tunis. Tunisie

**Introduction :** Plusieurs études ont démontré que le port d'accessoires (bijoux, montres) s'accompagne d'un haut pouvoir contaminant (1). Les ongles artificiels ont été incriminés dans plusieurs épidémies et rendent également très difficile l'action mécanique du lavage. Dans cette étude, nous avons essayé de mettre en évidence le caractère contaminant des accessoires que portent le personnel médical et paramédical dans notre service.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'un quick-audit en deux jours des germes prélevés sur les bijoux, montres, stylos et téléphones portables que portent le personnel médical et paramédical en réanimation et autres services de l'hôpital Habib Thameur.

Les prélèvements sont ensuite mis en culture sur milieu de Gélose au sang. La lecture se fait au bout de 24 heures. Sont considérées positives les cultures qui contiennent plus de 10<sup>4</sup> unités. Ensuite, en cas de prélèvement positif, on procède à l'identification du germe. En cas d'isolation d'un germe pathogène, un antibiogramme est systématiquement réalisé.

**Résultats :** 16 volontaires du personnel paramédical (infirmiers, techniciens d'anesthésie, ouvriers, kinésithérapeute..) et 10 du corps médical (internes, résidents et seniors...) ont eu un prélèvement bactériologique par écouvillonnage au hasard de leurs bagues, montres, bracelets, stylos et lit unguéal en cas de pose de manucure ou d'ongles longs. La méthode ou nombre de désinfection des mains réalisées ce jour ci ne sont pas pris en considération. Les résultats sont consignés dans le tableau (1).

G Germes	médecin	paramédical	total
Bacillus	3	7	10
Staphylococcus epidermidis	4	9	13
Staphylococcus Aureus	1	0	1
Entérocoque	2	0	2
Acinetobacter Baumannii	1	0	1

**Conclusion :** les résultats de notre étude confirment le caractère contaminant des accessoires en réanimation. La présence de germes pathogènes nous incite à développer la formation médicale continue et à veiller à une meilleure adhésion aux règles de bonne pratique en milieu de soins intensifs.

### **Références :**

(1) Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings : MMWR; Recommendations and Reports; October 25,2002/Vol. 51/ No. RR-16

# RÉSUMÉS DES POSTERS ÉLECTRONIQUES

———— Salle Luxor ————

## THEME : NEUROLOGIE

**P1. AVC SUR DISSECTION CAROTIDIENNE : L'ORIGINE EST-ELLE INFECTIEUSE ?**

AUTEURS : BEN GHEZALA H.\*, SNOUDA S., KADDOUR M., ABBÉS MF, DAOUDI R.

*Service universitaire des urgences et de réanimation. Hôpital régional de Zaghouan*

**Introduction :** Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sur vascularite infectieuse sont extrêmement rares. Ils posent toujours un problème de diagnostic étiologique. Nous rapportons dans ce travail une observation très rare d'un accident vasculaire cérébral survenu chez une patiente de 44ans sans antécédents. Les différentes investigations ont conclu à une dissection carotidienne.

**Observation :** Il s'agit d'une patiente âgée de 44ans sans antécédents, qui a consulté initialement les urgences de l'hôpital de Zaghouan pour acidocétose diabétique inaugurale sur abcès dentaire.

24 heures après son admission, la patiente présente une altération brutale de son état de conscience avec un GCS à 8, une anisocorie et une paralysie faciale gauche. Elle a été intubée et ventilé puis transférée en réanimation. Une angio-IRM cérébrale pratiquée en urgence conclut à une ischémie hémisphérique gauche sur le territoire de la carotide, une ischémie de la fosse postérieure sur le territoire de l'artère vertébrale gauche et une obstruction en gauche en rapport avec une dissection carotidienne. La patiente décède rapidement dans un tableau d'état de mort cérébrale avec engagement et coma dépassé.

**Conclusion :** Les AVC d'origine « infectieuse » sont rares. Notre observation montre qu'une dissection carotidienne pourrait survenir dans un contexte de sepsis d'origine dentaire. Une vascularite septique est discutée. Comme le montre notre observation, les conséquences peuvent être dramatiques.

**P2. UN AVC ISCHEMIQUE REVELANT UNE MALADIE DE BASEDOW.**AUTEURS : AMRI R<sup>(1)</sup>, SAHLI H<sup>(1)</sup>, TOUNSI H<sup>(1)</sup>, BEN AHMED I<sup>(1)</sup>, BEN AMMOU B<sup>(1)</sup>, AMMAR Y<sup>\*(2)</sup>, BEN SALAH CH <sup>(2)</sup>, JAZI R<sup>(3)</sup>, BEN DAHMEN F <sup>(4)</sup>..<sup>1</sup>Service de médecine interne Hôpital.M.T.M Nabeul.<sup>2</sup>Service d'Accueil des Urgences Hôpital.M.T.M, Nabeul.<sup>3</sup>Service d'hémodialyse Hôpital.M.T.M, Nabeul.<sup>4</sup> Service de médecine interne, Hôpital Yasminet, Ben Arous, Tunisie.

**Introduction :** La maladie de basedow est une forme clinique de l'hyperthyroïdie qui peut être révélée par un amaigrissement, une exophtalmie, des diarrhées et des troubles du rythme cardiaque. Nous rapportons une complication inhabituelle faisant révéler la maladie.

**Cas clinique :** Patient âgé de 34ans sans antécédents pathologiques notables qui consulte aux urgences pour dysarthrie avec hémiparésie droite. Le scanner cérébral a objectivé une lésion ischémique temporopariétale gauche, l'ECG a montré une ACFA, qui a été réduite médicalement. Ainsi le diagnostic d'un AVC ischémique secondaire à l'ACFA a été retenu. Devant le jeune âge, les antécédents familiaux de dysthyroïdie et la présence d'un goitre modéré à l'examen, un bilan thyroïdien a été demandé objectivant une hyperthyroïdie franche. Le patient était mis sous ATS, associé au traitement de l'ACFA, et une rééducation motrice et orthophonique avec une bonne évolution clinique et biologique.

**Conclusion :** L'AVC ischémique est une complication inhabituelle de l'hyperthyroïdie et en constitue rarement une circonstance de découverte. Il faut y penser devant le jeune âge, les signes associés notamment les troubles du rythme sur un cœur sain. Un traitement bien conduit de l'hyperthyroïdie en plus du traitement symptomatique fait éviter les complications et la récurrence des troubles thromboemboliques.

**P3. PLACE DE LA SCINTIGRAPHIE CEREBRALE DE PERFUSION DANS LE DIAGNOSTIC DE L'ACCIDENT VASCULAIRE ISCHEMIQUE DU TRONC CEREBRAL : A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : NAJEH BACCOUCH\*, OLFA TURKI; MANEL ZEKRI; MARIEM SMAOUI; KAIS REGAIEG; MABROUK BAHLOUL; MOUNIR BOUAZIZ

*Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax*

**Introduction :** Les accidents vasculaires cérébraux(AVC) ischémiques représentent une pathologie fréquente surtout chez les sujets âgés. Son diagnostic se fait par la tomодensitométrie(TDM) cérébrale et/ou l'imagerie par résonance magnétique(IRM) cérébrale. La scintigraphie cérébrale peut être une alternative diagnostique dans plusieurs situations.

**Observation :** Il s'agit d'un patient âgé de 42ans, tabagique, non alcoolique, hypertendu diabétique qui a été admis au service des urgences pour altération de l'état de conscience. L'examen initial a trouvé un patient comateux, score



de Glasgow à 3/15, pupilles en myosis serré, glycémie au doigt à 1.66 g/l, apyrétique, pression artérielle à 156/87 mm Hg, polypneique à 32 cycles par minute avec une respiration neurologique. Le patient a été intubé ventilé sédaté puis transféré au service de réanimation. Un scanner cérébral injecté a été réalisé le jour de l'admission était sans anomalie. Une ponction lombaire a été faite et s'est révélée normale. L'IRM cérébrale n'a pas été disponible à l'époque dans notre centre hospitalier pour des problèmes techniques, d'où l'idée de réaliser une scintigraphie cérébrale de perfusion pour ce patient. Cette scintigraphie cérébrale de perfusion a été faite à J2 d'admission. Elle a été réalisée après injection de HMPO-99mTc. Elle a montré une hypo perfusion cérébelleuse droite contrastant à une perfusion du cortex cérébrale et sous corticales sans anomalies. Une IRM cérébrale a été réalisée une semaine après et qui a montré une large plage en hyper signal T2 et FLAIR bulbo pontique, hyper signal en diffusion avec coefficient de diffusion apparent bas, étendue au pédoncule cérébelleux droit sans stigmat de saignement. Cet Aspect était en faveur un accident ischémique constitué du tronc cérébral.

**Conclusion :** La scintigraphie cérébrale de perfusion peut être une alternative en cas de non disponibilité ou de contre-indication de l'IRM. La combinaison entre ces deux techniques, à savoir l'imagerie morphologique et l'imagerie moléculaire, peut avoir un apport important dans le développement de nouvelles stratégies thérapeutiques.

## **P4. LES FACTEURS PRONOSTIQUES DE MORTALITE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX ISCHEMIQUES**

AUTEURS : DOGHRI H\* , SEDGHIANI I, RIAHI F, EL HECHMI YZ, CHERIF MA, JERBI Z

*Département urgence-réanimation hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie*

**Introduction :** Les accidents vasculaires cérébraux ischémiques (AVCi) représentent l'urgence neurologique la plus fréquente. Leur pronostic est difficile à établir car les critères de jugement sont différents selon les séries. Leur morbi-mortalité est largement influencée par les complications survenant à la phase aiguë. Le but de notre travail était d'identifier les facteurs de mortalité à j28 des AVCi.

**Patients et méthodes:** Etude rétrospective incluant tous les patients hospitalisés pour AVCi au département des urgences et de réanimation de l'hôpital Habib Thameur de Tunis, entre Janvier et décembre 2014. Les patients pour lesquels le devenir à j28 n a pu être déterminé n ont pas été inclus dans l étude.

**Résultats:** Durant la période d'étude, 143 patients ont été hospitalisés pour AVCi. Quarante-deux patients, âgés de 69±12ans, ont été inclus dans l'étude. Une prédominance féminine (58%) a été notée dans série. Les patients ont consulté pour un trouble de la conscience dans 27% des cas, des convulsions dans 6% des cas, un déficit complet dans 26% des cas et un déficit partiel dans 35% des cas. La mortalité à 28 jours était à 32% dans un délai moyen de 3,7 ± 2,5 jours.

**Conclusion :** Indépendamment du territoire, les AVCi restent grevés d'une lourde mortalité. Les principaux facteurs de mortalité identifiés dans notre étude sont : un antécédent d'AVCi, les troubles de la conscience, un score de Glasgow < 12, un âge > 71ans, les troubles de déglutition, un taux de PNN > 5970 à H 24 et une CRP > 43 à H 48. La survenue de pneumopathie d'inhalation est un facteur indépendant de surmortalité.

## **P5. FACTEURS PRONOSTIQUES DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX EN REANIMATION**

AUTEURS : BEN GHEZALA H.\* , DAOUDI R, SNOUDA S., KADDOUR M, ABBÉS MF.

*Service universitaire des Urgences et de Réanimation. Hôpital régional de Zaghouan*

**Introduction :** Les Accidents vasculaires cérébraux (AVC) posent un problème majeur de la santé publique, par leur fréquence, leur mortalité et les handicaps physiques et cognitifs. Le but de ce travail est d'étudier le profil épidémiologique à la fois démographique, clinique et évolutif des patients atteints d'AVC et analyser les facteurs prédictifs de mauvais pronostic.

**Patients et méthodes :** C est une étude rétrospective descriptive analytique faite sur une période de 4ans (2011-2015) par l analyse des dossiers des malades ayant été admis au service de réanimation de l'hôpital régional de Zaghouan à la suite d'un AVC. Les paramètres étudiés sont : âge, sexe, antécédents médicaux, GCS à l'arrivée, paramètres cliniques et biologiques, type d'AVC au scanner cérébral, évolution et calcul des scores NHISS et IGSII.

**Résultats :** 51 patients ont été colligés. L'âge moyen était de 68±12ans [40-92] avec une prédominance masculine (68,6%). Les antécédents pathologiques étaient représentés par l'HTA chez 60,8% des cas, le diabète chez 35,5% des cas, l'AVC chez 19,6% des cas et l'insuffisance coronaire dans 7,8% des cas. Le GCS initial était en moyenne de 9 [3-15].un déficit moteur était noté chez 49,1% des cas. Les pupilles étaient en mydriase dans 3,9% des cas et en myosis dans 15,7% des cas. Une anisocorie a été trouvée chez 8 patients. La TDM cérébrale a montré un AVC ischémique dans 43,1% des cas et un AVC hémorragique dans 41,2% des cas. Les signes d'engagement cérébral ont été notés chez 3 patients. La sévérité à l'admission évaluée par l'IGSII était à 34 [13-60] et le handicap évalué

par le NHISS était de 13 [0-25]. La mortalité était de 35,3%. Les facteurs de risques associés au mauvais pronostic étaient représentés par : l'âge, le GCS, l'IGSII et le NHISS en analyse uni variée et l'âge en analyse multivariée.

**Conclusion :** La mortalité des AVC en réanimation est élevée et reste dépendante de l'âge et du GCS initial.

## **P6. VALEUR PRONOSTIQUE DU SYNDROME INFLAMMATOIRE DE REPONSE SYSTEMIQUE DANS L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL**

AUTEURS : HASSOUNA.M\*, CHERIF.M, ELHECHMI.YZ, SEDGHIANI.I, BEN KADDOUR.R, HAJJEM.N, DOGHRI.H, JERBI.Z

Département Urgences Réanimation. CHU Habib Thameur

**Introduction :** Le syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) sans infection est un phénomène qui accompagne diverses affections cérébrales aiguës. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'apparition du sirs chez les patients atteints d'un accident vasculaire cérébral (AVC), et de rechercher une corrélation entre l'apparition de sirs à l'admission et la mortalité.

**Patients et méthodes :** Nous avons inclus tous les patients atteints d'AVC ayant été admis département urgences et réanimation du chu habib thameur, entre le 1<sup>er</sup> octobre 2014 et le 31 septembre 2015. Nous avons départagé nos patients en deux sous groupes sirs+ et sirs-. nous avons procédé à une étude descriptive et analytique.

**Résultats et discussion :** Notre étude a inclus 120 patients. Une prédominance masculine était notée (sex ratio : 1,8). L'âge moyen était de 70,4 (extrêmes entre 34 et 98ans).un sirs a été noté chez 35% des patients.une fréquence cardiaque > 90 bpm a été retrouvée de façon plus fréquente dans le groupe sirs+ (p=0,004), une CRP > 6 a été également retrouvé chez 85,7% des patients du groupe sirs+ contre 25% (p=< 10-3).en analyse univariée, la présence de sirs est corrélée à une mortalité significativement plus importante (p=0,000).

**Conclusion :** Le sirs est apparu comme étant un phénomène fréquent au cours des avc. Sa présence est significativement corrélée à la mortalité hospitalière.

## **P7. VALEUR PRONOSTIQUE DE LA LYMPHOPENIE A LA PHASE AIGÛE DE L ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE**

AUTEURS : SEDGHIANI I, DOGHRI H, AMRI S, CHEBBI A, CHERIF M, EL HECHMI YZ, JERBI Z

Département urgence-réanimation hôpital habib thameur, tunis,tunisie

**Introduction :** Les processus inflammatoires consécutifs à l'ischémie cérébrale sont ambivalents avec des conséquences à la fois délétères et bénéfiques. Le syndrome d'immunodépression post-AVC aurait un rôle anti-inflammatoire sur le tissu cérébral mais conduit à de nombreuses infections systémiques ayant un impact sur le pronostic. Le but de notre travail était d'étudier la valeur pronostique de la lymphopénie, témoin indirect de cet état d'immunosuppression, à la phase aigüe de l'AVC ischémique (AVCi).

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective incluant tous les patients hospitalisés pour AVCi au département des urgences et réanimation de l'hôpital Habib Thameur, entre janvier et décembre 2014. Une lymphopénie était définie par un taux de lymphocytes < 1500/mm<sup>3</sup> durant les premières 24 heures d'hospitalisation.

**Résultats :** Durant la période d'étude, nous avons colligé 143 patients dont 87 femmes et 56 hommes. La moyenne d'âge était 68.3 ±12.7ans. Ils avaient comme comorbidités une HTA chez 99 (69.2%) patients, un antécédent d'AVC chez 42 (29.4%) patients, un diabète chez 72 (50.3%) patients et une ACFA chez 33 (23.1%) patients. La durée médiane du séjour hospitalier était de 2 jours avec des extrêmes de 1 et 49 jours. Une lymphopénie était notée chez 71 (49.7%) patients

**Conclusion :** La lymphopénie est une anomalie biologique fréquente à la phase aigüe de l'AVCi. Elle est associée à une symptomatologie neurologique plus grave et est corrélée à un risque plus grand de survenue de complications notamment de pneumopathie d'inhalation.

## **P8. DYSPHAGIE : ET SI C'ETAIT UN ACCIDENT VASCULAIRE DU TRONC CÉRÉBRAL?**

AUTEURS : SBOUI G\*, BÉJI O, ATIG R, BAROUDI J, MÉJRI O, ROMDHANI S, HMOUDA H.

Sérvise de Réanimation Médicale, Hôpital SAHLOUL.

**Introduction :** Les accidents vasculaires du tronc cérébral peuvent revêtir des aspects cliniques déroutants pour le clinicien, avec de surcroît de l'absence habituelle de renseignement fourni par la tomodensitométrie (TDM). Ces symptômes non spécifiques peuvent ainsi faire errer le diagnostic et retarder la prise en charge, facteur pronostic indéniable. Nous rapportons l'observation,assez atypique, d'un patient dont la symptomatologie a été inaugurée par une dysphagie oropharyngée.



**Observation :** Un homme de 64ans s'est présenté aux urgences pour dysphagie et des vomissements incoercibles évoluant depuis une semaine dans un contexte d'altération de l'état général. Il avait pour principaux antécédents un diabète de type II depuis 18ans, devenu insulino-requérant depuis un an, hypertension artérielle. Sa dysphagie était survenue brutalement avec une aggravation croissante devenant rapidement complète et permanente. Il est à noter qu'il n'y avait pas de syndrome infectieux concomitant. Le patient a été pris en charge aux urgences de H kairouan, puis ORL hôpital FH, puis urgences H Sahloul où le diagnostic retenu était une infection pharyngée associée à une complication hyperglycémique responsable d'un tableau confusionnel, pour lequel la TDM cérébrale n'avait pas montré d'anomalies. La réanimation médicale a été sollicitée pour la prise en charge des troubles métaboliques et hydro-électrolytiques. L'examen neurologique en réanimation à H36 avait montré du coté gauche : une asymétrie faciale avec une commissure labiale tirée vers la gauche, un nystagmus horizontal, un syndrome cérébelleux, une atteinte du V, une paralysie du voile du palais. A droite, il y avait une hémiparésie distale, des réflexes ostéo-tendineux vifs et un signe de Babinski. La biologie montrait des signes en faveur d'une décompensation acidocétosique et hyperosmolaire du diabète. L'électrocardiogramme était normal hormis un HBAG. L'IRM cérébrale a montré des images en faveur de lésions ischémiques récentes des pédoncules cérébelleux inférieurs gauches avec sténose serrée de la partie distale de l'artère vertébrale gauche. L'évolution ultérieure a été favorable et le patient a été mis sortant en rééducation à J6 avec une alimentation par sonde nasogastrique dans l'attente d'une gastrostomie d'alimentation.

**Commentaires :** En matière d'AVC du tronc cérébral, l'examen clinique du patient doit être répété, à la recherche d'anomalies pupillaires, de troubles de l'oculomotricité, d'atteintes pyramidales bilatérales ou à bascule. La prise de conscience et l'application de ces données garde pour seul objectif de réduire les délais entre l'apparition des premiers signes et la réalisation du diagnostic. Le patient peut alors bénéficier d'une prise en charge optimale notamment quant à de l'indication d'un geste de revascularisation, puisque la possibilité d'une thrombolyse est plus volontiers indiquée.

**Conclusion:** Avec une clinique non spécifique, parfois même atypique le diagnostic d'un AVC du tronc cérébral peut représenter un véritable challenge pour le réanimateur comme pour l'urgentiste. L'examen par excellence pour explorer la fosse postérieure reste l'imagerie par résonance magnétique en séquence de diffusion.

## **P9. GUILLIAN-BARRE SYNDROME (GBS) : IMMUNOTHERAPY ADEQUACY IN A TUNISIAN MEDICAL INTENSIVE CARE UNIT.**

AUTEURS : AYACHI J\*, KHEDHER A, AZOUZI A, HAMDADUI Y, MEDDEB K, BOUNEB R, ANOUN M, BOUSSARSAR M  
*Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital. Sousse, Tunisia*

**Background :** GBS is a rare disease that could involve neuromuscular acute respiratory failure, with poor vital and functional prognoses. Outcome has been improved since the introduction of immunoglobulins (Ig) that replaced plasma exchange since the late 90's. Aim : To evaluate the use of Ig in GBS in a Tunisian medical ICU compared to guidelines.

**Methods :** A retrospective analytic study is performed in an 8-beds medical ICU from 2004 to 2014. Were analyzed clinical, therapeutic and outcome characteristics. Ig administration was analyzed by reference to guidelines.

**Results :** 10 cases of high probability diagnosis of GBS were analyzed. Clinical, therapeutic and outcome characteristics are displayed on the table below.

Table : Guillain-Barre Syndrome patients characteristics.										
Patient	Age (yrs)	Gender	Clinical Phase	Symptoms onset delay (days)	MV	EMG	Ig	ICU stay (days)	Outcome	Ig adequacy
1	23	M	Extension	7	Yes	Axonal injury	Yes	9	Died	Adequate
2	30	F	Extension	21	Yes	-	Yes	131	Discharged tendon retraction	Adequate
3	18	F	Plateau	8	Yes	-	Yes	19	Died	Abuse
4	69	M	Plateau	4	Yes	Axonal injury	Yes	59	Died	Abuse
5	62	F	Extension	6	Yes	-	Yes	68	Discharged paraparesis	Adequate
6	22	F	Plateau	7	Yes	Axonal injury	Yes	37	Discharge paraplegia	Abuse
7	13	F	Plateau	5	Yes	Demyelinating injury	No	5	Discharged paraparesis	Adequate
8	71	F	Plateau	10	Yes	Axonal injury	No	7	Died	Adequate
9	57	F	Plateau	15	No	Demyelinating injury	No	5	Discharged paraparesis	Adequate
10	35	F	Plateau	19	No	-	No	30	Dischargeed paraparesis	Adequate

MV, mechanical ventilation ; EMG, electromyography findings ; Ig , immunoglobulin administration

## **P10. LES HÉMORRAGIES INTRACÉRÉBRALES SPONTANÉES: MORBI MORTALITÉ ET PRISE EN CHARGE**

**Auteurs :** Hafi.F<sup>\*1</sup>, Stambouli.L<sup>1</sup>, BenAli.M<sup>1</sup>, Sassi.K<sup>1</sup>, Chakroun.S<sup>1</sup>, Hamdene.M<sup>1</sup>, Abdelmoula.M<sup>1</sup>, Halek.M<sup>1</sup>, Moula.K<sup>1</sup>, Kilani.M<sup>2</sup>, BenSalem.F<sup>1</sup>, Gahbiche.M<sup>1</sup>

**Service et Hôpital :** <sup>1</sup> Service d'Anesthésie-Réanimation EPS Fattouma Bourguiba Monastir <sup>2</sup> Service de Neurochirurgie EPS Fattouma Bourguiba Monastir

**Introduction :** L'hémorragie intracérébrale spontanée (HICS) ou primaire est un saignement survenant dans le parenchyme cérébral en dehors de toute anomalie vasculaire, parenchymateuse ou de coagulation pouvant expliquer ce saignement. Elle représente un problème majeur de santé publique en raison de sa fréquence et d'une lourde mortalité ou de séquelles sévères. C'est l'une des principales causes de décès en milieu de réanimation malgré une prise en charge initiale optimale. Le but est de décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques, la morbi-mortalité et la prise en charge de ces patients.

**Matériels et méthodes :** Etude rétrospective pendant une période de 10ans concernant tous les dossiers des patients admis en unité de réanimation chirurgicale pour un HICS sans hémorragie méningée associée. Nous n'avons pas inclus les patients ayant présenté une hémorragie intracérébrale secondaire à une anomalie vasculaire, à une transformation hémorragique d'un AVC ischémique, à une lésion hémorragique en rapport à une thrombose veineuse cérébrale, à une anomalie parenchymateuse, à une coagulopathie et à un traumatisme crânien. Les caractéristiques démographiques, clinico-biologiques, tomodensitométriques et de prise en charge étaient recueillies pour tous les patients.

**Résultats :** Nous avons colligé 213 cas d'HICS. L'âge moyen était de 58 ±16ans avec un âge >80ans dans 5,2% (n=11). Le sexe masculin était noté dans 57,3%, soit un sexe ratio à 1.34 (122 hommes pour 91 femmes). L'HTA était l'antécédent (ATCD) le plus fréquent dans notre série (n=138). Le mode de début était brutal dans la quasi-totalité des cas (97,2%, n=207). Le tableau clinique neurologique a été essentiellement dominé par l'hémiplégie (n=169) et un signe de Babinski positif (n=60). Plus de 3/4 des patients (78,4%, n= 167) avaient des chiffres de PAM au-delà de 145 mm Hg. Le recours initial aux antihypertenseurs, à l'admission a été relevé dans 62% des cas (n=132). L'intubation trachéale et la ventilation mécanique étaient nécessaires dans 33,3% des cas. Quarante patients (18,8%) étaient initialement intubés aux urgences contre 31 autres intubés secondairement dès leur admission en réanimation. Une hyperglycémie initiale avec des chiffres au delà de 1,5g/l a été relevée dans 30,5% des cas (n=60). La TDM cérébrale initiale a montré une hémorragie intra ventriculaire (HIV) dans la majorité des cas (n=109) Le recours à la neurochirurgie a été indiqué dans 21,6% (n=46) des cas. Les gestes étaient une évacuation d'hématome (n=17 ; 8%), une craniectomie décompressive (6,3%) et la pose d'une dérivation ventriculaire externe (10,6%). La durée moyenne du séjour en réanimation était de 24 jours. Le décès à 30 jours était survenu dans 29% des cas (n=62) dont la moitié (n=31) était dans les 48 premières heures d'évolution.

**Conclusion :** La mortalité par HICS était élevée dans notre étude, mais reste comparable aux données de la littérature. Ce taux pourrait être notamment expliqué par la gravité des lésions neurologiques létales malgré une prise en charge optimale. L'identification des facteurs pronostiques à court terme s'impose pour orienter le clinicien dans la prise en charge de ces patients.

## **P11. HÉMATOME ÉPIDURAL RACHIDIEN SPONTANÉ: COMPLICATION EXCEPTIONNELLE D UN SURDOSAGE EN AVK.**

AUTEURS : ZAABAR D, BEN CHIKHA M, GUELLIM MOSBAH S\*, CHIHA S, M LAIKI Y, JOUINI R, KHALOUL M, MAHAMDI S, AJMI C, NAIJA W.

*Service anesthésie réanimation Sahloul.*

**Introduction:** l'hématome épidual rachidien spontané (HERS) est exceptionnel alors qu'il est plus classique lors des traumatismes rachidiens. De topographie variable, il siège préférentiellement au niveau de la charnière cervico-thoracique. Dans sa forme sévère la symptomatologie est marquée par des douleurs rachidiennes et un syndrome de compression médullaire aiguë. L'HERS constitue une urgencediagnostic et thérapeutique en vue d'une décompression rapide de la moelle. L'IRM représente actuellement l'outil de choix pour le diagnostic de certitude.

**Observation:** Patient âgé de 54ans aux antécédents de HTA été victime d'un accident de la voie publique occasionnant des fractures du col du fémur et du bassin prisent en charge chirurgicalement. Un mois après l'accident, le patient été mis sous acénocoumarol au long court pour une embolie pulmonaire de l'artère lobaire inférieure droite. Trois semaines plus tard, il présentait une hématurie macroscopique persistante suivie de douleur cervicale puis une tétraplégie flasque avec abolition des ROTs, atonie du sphincter anal, globe vésical et des signes cardio-respiratoire à la mobilisation du rachis cervical (polypnée, bradycardie, syncope). L'examen biologique a objectivé un surdosage en AVK avec INR supérieur à 10 et une anémie à 5,5g/dl nécessitant l'administration de PPSB, vitK et la transfusion de CCG et PFC. La TDM cérébrale et l'échographie abdominale en urgence ne montrées pas d'anomalies. L'IRM cérébro-médullaire a objectivé un HER postérieur allant de C2 à C6 comprimant la moelle. Le patient a été opéré par laminectomie bilatérale de C2 à C7 et évacuation de l'hématome. Un contrôle par angio-TDM

cervico-thoracique à une semaine n a pas montré d hématome dans la limite de l examen, ni d'embolie pulmonaire décelable, mais persistance d une pneumopathie d'inhalation déjà objectivée par une TDM thoracique à J1 post-opératoire. Après avoir juguler l état respiratoire en réanimation et l'obtention d'un bon réveil après arrêt de la sédation, le patient a été dé-canulé à J18 post opératoire. Les suites ont été marqué par une persistance d une hémiparésie gauche. A noter que les AVK ont été remis à J14 post opératoire avec contrôle biologique rapproché.

**Conclusion:** Bien que rare, l HER doit être évoqué rapidement devant une douleur rachidienne d'installation brutale, d'autant plus qu elle survient chez un patient sous anticoagulant. L IRM permet d éliminer rapidement les diagnostics différentiels et objective l'HER. L'indication chirurgicale reste basée sur la présentation clinique plutôt que les données de l'IRM. Le taux de mortalité par HER est faible et serait plus important pour les extensions au dessus de C5 compromettant les fonctions vitales.

## **P12. CONVULSION REVELANT UN SYNDROME DE FAHR**

AUTEURS : BEN ALI A\*, JENDOUBI A, CHERIF M, ZOUBLI A, ELHECHMI Z, ABIDI A, JERBI Z

*Service des urgences et de réanimation, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie*

**Introduction :** Le syndrome de Fahr est caractérisé par la présence des calcifications intracérébrales bilatérales et symétriques non artériosclérotiques, localisées dans les noyaux gris centraux. Les manifestations cliniques sont diverses, comportant en premier lieu des troubles neuropsychiatriques. Cette entité, dont la physiopathologie reste non élucidée, est associée à des troubles du métabolisme phosphocalcique et principalement à une hypoparathyroïdie.

**Observation :** nous rapportons le cas d'un patient âgé de 50ans aux antécédents de douleur articulaire depuis 5ans mal exploré, amené aux urgences pour convulsions depuis 10 jours. L'examen clinique trouve un patient conscient coopérant sans signes de localisation, une rigidité musculaire avec hypertonie, un regard figé perplexe avec absence d'atteinte sensitivomotrice, une température à 37,8 ; une PA=135/89mmHg ; FC=105 battements par minutes, FR=16cycles par minutes ; une SPO<sub>2</sub>(AA)=99% ; une GAD=1,14g /l. A l'ECG : un rythme régulier sinusal à 100 bpm , absence de troubles de la dépolarisation, un espace QT corrigé à 394ms. A la biologie : une PL : normale , une hypocalcémie à 0,92mmol /l , le bilan rénal et hépatique normales. La tomodensitométrie cérébrale montre : la présence de calcifications bilatérales et symétriques striado-pallidale, thalamique, cérébelleuses et des centres semi ovales ; le diagnostic de syndrome de Fahr était alors évoqué .le patient a été hospitalisé dans un service de médecine interne pour complément d'exploration. Le reste du bilan mettait en évidence une PTH diminuée à 0,6pmol /l ; une hyperphosphorémie=1,9 mmol/l. Malade était mis sous traitement anticonvulsivant avec supplémentation calcique L'évolution était bonne avec amélioration de la symptomatologie clinique, diminution des convulsions et correction du bilan phosphocalcique.

**Convulsions :** Le syndrome de Fahr est une entité rare. L'analyse des données clinico-biologiques et radiologique permet d'établir le diagnostic. Devant des troubles du métabolisme phosphocalcique, et en particulier en cas de pathologies neurologiques ou endocriniennes associées, des calcifications intracérébrales doivent être recherchées. Le traitement est basé sur une correction des troubles du métabolisme phosphocalcique.

## **P13. ENCEPHALITE LIMBIQUE D'ORIGINE INDETERMINEE : UNE ENTITE DE DIAGNOSTIQUE RARE (À PROPOS D'UN CAS)**

AUTEURS : FREDJ H\*, KHELFA M, BLEL Y, M RAD A, BRAHMI N, AMAMOU M

*Service de réanimation polyvalente et de toxicologie, Centre d' Assistance Médicale Urgente*

**Introduction:** L'encéphalite limbique est une pathologie rare, sous diagnostiquée, qui reste jusque-là mal connue, elle peut survenir à tout âge, avec un mode de présentation très variable.

Le diagnostic doit être évoqué devant l'association de troubles psychiatriques et de signes neurologiques à type de crises convulsives.

On se propose à travers cette observation d'étudier les caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques de cette entité afin de poser le diagnostic le plus précocement possible et de guider la prise en charge.

**Cas clinique:** Une femme âgée de 50ans, aux antécédents de méningite bactérienne traitée, de trouble obsessionnel compulsif non suivi, et de crises convulsives partielles non explorées, a été ramenée aux urgences par sa famille pour altération de l'état de conscience avec notion de crises convulsives tonico-cloniques généralisées. Devant l'état de mal convulsif, la patiente a été intubée, mise sous ventilation mécanique, a reçu un bolus de phénobarbital puis de l'acide valproïque comme traitement d'entretien des convulsions. L'anamnèse révèle la notion d'irritabilité, de troubles de la mémoire les jours précédents. L'examen clinique montre une patiente apyrétique, GCS 9/15 sans syndrome méningé ni signes de localisation. Le bilan biologique n'a pas montré d'anomalies métaboliques ni de syndrome inflammatoire.

Le scanner cérébral avec injection de produit de contraste ne décèle aucune anomalie, la ponction lombaire était sans anomalie. Le diagnostic d'encéphalite virale a été suspecté, d'où l'instauration d'un traitement par acyclovir. L'IRM cérébrale a mis en évidence un hyper signal T1 et T2 tempore interne gauche intéressant le cortex tempore interne et limbique cadrant avec une encéphalite limbique.

Dans le cadre de l'enquête étiologique, le bilan microbiologique s'avère négatif, incluant les sérologies VIH, hépatite B, C, rubéole et les PCR HSV, CMV, VZV, EBV, ainsi que le bilan immunologique incluant les AC antinucléaires, anti phospholipides, anti coagulants circulants, anti $\beta$ 2 GP1, ANCA. Une origine dysimmune a été éliminée par la recherche d'AC spécifique d'anticorps : anti-NMDA, anti-AMPA, anti-CASPR2-antiLGI1, anti-GABAR1/B2. Une origine paranéoplasique a été également écartée par la pratique d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien et la recherche d'AC onco-neuronaux qui sont revenus négatifs. L'évolution clinique était favorable, sur le plan neurologique permettant son extubation au bout de 72<sup>h</sup> de ventilation. La patiente a gardé après sa sortie des troubles psychiatriques à type d'amnésie antérograde et une irritabilité avec un état dépressif.

**Conclusion:** L'encéphalite limbique doit être évoquée par le clinicien devant la présence de signes neurologiques et psychiatriques. Le diagnostic positif est fait par l'IRM cérébrale. Une pathologie cancéreuse ou auto-immune doit être recherchée car l'enjeu thérapeutique est majeur.

## **P14. SYNDROME DE GUILLAIN BARRE RECIDIVANT : A PROPOS D'UN CAS.**

AUTEURS : ANOUN M, AYACHI J, BOUNEB R, KHEDHER A, HAMDAOUI Y, MEDDEB K, AZOUZI A, BRAHIM W, BOUSSARSAR M

*Service de réanimation médicale. Hôpital Universitaire Farhat Hached. Sousse, Tunisie*

**Introduction :** Le syndrome de Guillain-Barré (SGB) est une polyradiculonévrite aigue inflammatoire de mécanisme auto-immun qui cause une démyélinisation réversible des neurones mais qui peut se compliquer de lésions axonales rendant compte de séquelles parfois graves. Dans quelques cas, cette affection peut évoluer vers la récurrence mais les données de la littérature restent très limitées sur le sujet. Le cas d'un SGB récidivant est rapporté dans le but d'en étudier les caractéristiques cliniques et évolutives en comparaison avec les cas décrits dans la littérature.

**Observation :** Il s'agit d'un adolescent de 15ans, ayant comme antécédents un Syndrome de Guillain-Barré à l'âge de 8ans survenu à la suite d'une infection virale à EBV pour lequel il a été hospitalisé 21 jours en pédiatrie dont 7 jours en réanimation avec récupération totale au bout de 8 mois de suivi. Le patient est hospitalisé en réanimation pour une insuffisance respiratoire aigue d'origine neuromusculaire secondaire à un nouvel épisode de Syndrome de Guillain-Barré qui n'est précédé ni par un épisode infectieux ni une vaccination. L'examen à l'admission montre une tétraparésie à prédominance proximale et plus prononcée à gauche et au niveau des membres inférieurs, des reflexes ostéotendineux abolis aux 2 membres inférieurs avec un tonus sphinctérien conservé. Sur le plan respiratoire, polypnée à 25 c/min, sa capacité vitale est à 1.100L et sa pression inspiratoire négative est à -40cmH<sub>2</sub>O. L'examen des gaz du sang artériel montre une légère alcalose respiratoire associée à une hypocapnie. L'examen du LCR est sans anomalie. Les explorations microbiologiques et les sérologies sont toutes revenues négatives. Il reçoit de l'oxygène et des immunoglobulines (20g/j pendant 5 jours), une hydratation et une alimentation parentérale. L'évolution est marquée par une amélioration significative et progressive des troubles neurologiques après une phase de progression de 6 jours et une phase de plateau de 3 jours avec une récupération partielle de la force musculaire. La fréquence respiratoire reste stable, la toux efficace, la capacité vitale à 1.600L, la pression inspiratoire négative est à -60cmH<sub>2</sub>O. Cette amélioration a permis le transfert en Neurologie.

**Discussion :** Les récurrences du SGB est une entité rare qui est rapportée chez seulement 1 à 6% de tout les SGB. Dans les rares séries et les cas rapportés dans la littérature, il s'agissait souvent de sujets de moins de 30ans, sans distinction de genre ou d'appartenance ethnique. Ces sujets ont le plus souvent présenté un deuxième épisode de SGB plus sévère sur le plan clinique que le premier épisode mais dont l'évolution est plus rapidement favorable. Les sujets qui ont présenté plus qu'une seule récurrence par contre voyaient leur évolution moins favorable avec des séquelles neurologiques plus lourdes. Un enrichissement des données concernant les cas de SGB récidivant est indispensable pour une meilleure compréhension des facteurs prédictifs de la récurrence et permettrait d'offrir aux sujets concernés la prévention nécessaire quant à cette possibilité évolutive de la maladie.

## **P15. ASSOCIATION D'UNE CRISE DE MYASTHENIE ET D'UNE THYREOTOXICOSE : QUEL TRAITEMENT ? A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : MATEUR H<sup>(1)</sup>, TOUIL Y<sup>(1)</sup>, BEN SIK ALI H<sup>(1)</sup>, GHARBI R<sup>(1)</sup>, TILOUCHE N<sup>(1)</sup>, FEKIH HASSEN M<sup>(1)</sup>, ELATROUS S<sup>(1)</sup>.

*1. Service de Réanimation médicale de l'hôpital EPS Taher Sfar.*

**Introduction :** L'association myasthénie hyperthyroïdie est peu fréquente avec une incidence rapportée dans la littérature de 2 à 17,5%. L'installation d'une thyrotoxicose peut modifier le cours évolutif de la myasthénie. Nous rapportons le cas d'une patiente hospitalisée en réanimation pour prise en charge d'une crise myasthénique associée à une thyrotoxicose.



**Observation :** Patiente âgée de 24ans, est hospitalisée en réanimation pour prise en charge thérapeutique d'une crise myasthénique inaugurale avec un score de myasthénie à 10. La patiente a été intubée ventilée et traitée par du Mestinon(R) et du solupred(R) à la dose de 1mg/kg avant de recevoir une cure d'immunoglobuline à la dose de 0.4mg/kg pendant cinq jours. L'EMG a montré un décrétement significatif à la stimulation répétitive sur tous les couples nerfs-muscles enregistrés en faveur d'une atteinte de la jonction neuromusculaire post synaptique. Le dosage des anticorps anti récepteurs à l'acétylcholine est revenu fortement positif, les anticorps antimuscle lisse étaient négatifs. Le scanner thoracique a montré un résidu thymique faisant 11,7 mm d'épaisseur. Devant la non amélioration et l'évolution initiale était favorable et la patiente a été extubée à j 17 d'hospitalisation. Quelques jours après, elle a présenté une réapparition de la faiblesse musculaire et des troubles de la déglutition. Un bilan thyroïdien demandé a objectivé une hyperthyroïdie. Une thyroïdectomie a été réalisée après l'obtention d'une euthyroïdie biologique sous dose maximale des antithyroïdiens de synthèse. L'examen anatomopathologique a mis en évidence une thyroïdite lymphocytaire. La patiente a été extubée à j8 du post opératoire et transférée en neurologie. Deux mois après la patiente a eu une thymectomie.

**Discussion :** L'association myasthénie et hyperthyroïdie peut en rapport à des facteurs génétiques. Cette association touche le sujet jeune et préférentiellement le sexe féminin. Le syndrome myasthénique peut constituer le mode de révélation de cette affection ou peut apparaître secondairement parfois au cours du traitement des dysthyroïdies. Le diagnostic clinique est aisément évoqué devant l'association d'une part du syndrome myasthénique responsable des troubles de la déglutition, de la phonation et de la fatigabilité prédominant à la racine des membres et d'autre part des symptômes de la maladie de Basedow à type de palpitations, de dyspnée d'effort, d'hyperémotivité, d'insomnie, d'exophtalmie et d'amaigrissement. Le diagnostic de la myasthénie est confirmé par l'électromyogramme grâce au classique décrétement significatif. Les anticholinestérasiques et les antithyroïdiens de synthèse associés à la corticothérapie constituent le traitement de première intention. Dans les formes graves le recours aux immunoglobulines et à la thyroïdectomie sont nécessaires.

**Conclusion :** L'association myasthénie et dysthyroïdie mérite d'être connue et doit être recherchée systématiquement surtout devant un tableau associant une exophtalmie importante, un amaigrissement marqué et une atteinte fluctuante des nerfs crâniens bulbaires. L'électroneuromyographie et le dosage des hormones thyroïdiennes permettent de faire le diagnostic.

## **P16. DEFICIT NEUROLOGIQUE DANS LES COMPLICATIONS HYPERGLYCEMIQUES DU DIABETE : NE PAS S'ARRETER A L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL !**

AUTEURS : SBOUI\* G, ATIG R, BEJI O, BAROUDI J, MEJRI O, ROMDHANI S, HMOUDA H.

*Service de reanimation medicale, hopital sahloul.*

**Introduction :** Les signes neurologiques de localisations sont souvent la traduction d'une lésion cérébrale organique mais parfois une origine métabolique peut être en cause et le déficit neurologique peut régresser rapidement même avant le recours aux explorations radiologiques. Nous rapportons deux observations démontrant que l'instauration rapide d'un traitement approprié permet la régression d'un déficit neurologique aigu.

**Observation 1 :** Une patiente âgée de 66ans, connue diabétique de type 2 depuis 15ans, mal suivie, sous anti-diabétiques oraux, hospitalisée pour des troubles de la conscience à type de confusion brutale dans un contexte fébrile, apparus 2 jours avant son admission. L'examen clinique trouvait une patiente ayant le score de Glasgow à 11, présence d'une hémiparésie gauche. La température était à 39,5°C, stable sur le plan hémodynamique. Le bilan biologique montrait une décompensation globale de son diabète avec une hyperosmolarité à 334 mosmol/L et une acidocétose. Le bilan infectieux montrait une infection urinaire. La TDM cérébrale n'avait pas montré des signes en faveur d'un accident vasculaire cérébral hémorragique ou ischémique. La prise en charge thérapeutique s'est basée sur la réhydratation adéquate et l'insulinothérapie, permettant la correction des troubles hydroélectrolytiques et de la glycémie. L'évolution clinique était favorable avec régression totale de l'hémiparésie gauche.

**Observation 2 :** Madame O.Z, âgée de 84ans, diabétique type II depuis 24ans, hypertendue, ACFA sous AVK, admise pour prise en charge d'une altération brutale de son état de conscience. L'examen clinique révélait une patiente somnolente, apyrétique, avec une hémiparésie gauche. Le diagnostic de l'accident vasculaire cérébral a été évoqué en première intention d'où la pratique d'un scanner cérébral ne montrant pas des signes en faveur d'un accident vasculaire cérébral hémorragique ou ischémique. Le bilan métabolique montrait une hyperosmolarité. L'équilibration du diabète ainsi que la réhydratation a permis la résolution du déficit neurologique.

**Commentaires :** Si le diagnostic d'AVC est à évoqué en premier lieu face à un déficit neurologique aigu il n'est toutefois pas la seule cause à envisager. Nos deux observations illustrent bien la relation entre une perturbation métabolique et des signes neurologiques et montrent l'intérêt d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adéquate de ce dernier. Confronté à cette situation le clinicien doit donc chercher un désordre métabolique, instaurer rapidement une thérapeutique appropriée, évaluer les effets et compléter par une imagerie cérébrale si nécessaire. La physiopathologie est peu élucidée dans la littérature, la déshydratation et l'hypovolémie pourraient être en cause.

**Conclusion :** La survenue d'un déficit neurologique aigu fait craindre un accident vasculaire cérébral mais cette symptomatologie n'élimine pas une cause métabolique qui pourrait être rapidement réversible.

## **P17. QUADRIPARESIE HYPOKALIEMIQUE REVELANT UN SYNDROME DE GOUGEROT-SJÖGREN**

AUTEURS : HSSOUNA M \*, SEDGHIANI I, EL HECHMI YZ, RIAHI F, CHERIF M, JERBI Z

Département urgence-réanimation hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

**Introduction:** le syndrome de gougerot sjögren (sgs) associe le plus souvent un syndrome sec buccal et oculaire. Des atteintes systémiques, notamment rénales, peuvent cependant inaugurer le tableau. Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant une tétraparésie hypokaliémique révélant un sgs.

**Observation :** Mme s.s, patiente de 55ans, diabétique sous régime, a été hospitalisée pour tétraparésie. Quelques jours avant son admission, elle décrivait des myalgies et une faiblesse musculaire des membres inférieurs. La veille de son admission, est apparue une impotence fonctionnelle totale des quatre membres, isolée sans trouble de la conscience ni troubles respiratoires ou de la déglutition. A l'admission, l'examen physique trouve une patiente apyrétique, une quadriparésie flasque. Les fonctions sensitives étaient conservées et l'examen des paires crâniennes était sans anomalie. Le bilan biologique montre une hypokaliémie = 1,4 mmol/l, une kaliurèse = 147 mmol/24 heures confirmant l'origine rénale de la fuite potassique. Il existait une acidose métabolique hyperchlorémique réalisant le tableau d'acidose tubulaire distale (atd) de type 1 et une protéinurie = 1g/24h. L'ECG a mis en évidence un microvoltage, des esv, des ondes t plates et des ondes u. La patiente a présenté secondairement une détresse respiratoire et une altération de l'état de conscience nécessitant son intubation. La supplémentation potassique a permis l'amélioration de l'état respiratoire permettant son extubation au 7<sup>ème</sup> jour. Dans le cadre du bilan étiologique, l'interrogatoire retrouvait un syndrome sec buccal et oculaire confirmé par l'examen ophtalmologique. Une biopsie des glandes salivaires accessoires montrait une sialadénite lymphocytaire focale de grade 4 de chisholm et masson. Par ailleurs, le bilan étiologique de l'acidose tubulaire montrait une hypergammaglobulinémie polyclonale et la présence d'anticorps antinucléaires (1/320). Après deux semaines de traitement basé sur une corticothérapie initiée à 1 mg/kg/ j et le traitement symptomatique du syndrome sec, l'évolution était favorable avec restitution du déficit moteur.

**Conclusion :** La présence d'une quadriparésie hypokaliémique doit nous inciter à rechercher une atd de type 1 et d'un possible sgs latent. Le dépister précocement permet d'adapter au mieux la thérapeutique.

## **P18. UNE QUADRIPLÉGIE RÉVÉLATRICE D'UNE MALADIE DE BIERMER : A PROPOS D'UNE OBSERVATION**

AUTEURS : TALIK I<sup>(1)</sup>, BEN SIK ALI H<sup>(1)</sup>, TILOUCHE N<sup>(1)</sup>, TOUIL Y<sup>(1)</sup>, GHARBI R<sup>(1)</sup>, FEKIH HASSEN M<sup>(1)</sup>, ELATROUS S<sup>(1)</sup>

1. Service de Réanimation médicale de l'hôpital EPS Taher Sfar.

La maladie de Biermer est une gastrite atrophique auto-immune responsable d'une carence en vitamine B12 (cobalamine) par malabsorption. Cette affection peut être diagnostiquée en présence au premier plan des signes neurologiques comme le syndrome de sclérose combinée de la moelle et la neuropathie périphérique en particulier sensitive. Nous rapportons l'observation d'un patient présentant une atteinte médullaire avec un important retentissement psychosocial dans le cadre d'une anémie de Biermer.

**Observation :** Patient âgé de 30ans suivi depuis 2004 pour un syndrome dépressif majeur et une anémie non explorée. Par ailleurs, le patient se plaignait d'une faiblesse musculaire d'aggravation progressive au niveau des quatre membres depuis 6 semaines, plus importante aux membres inférieurs, empêchant la station debout. Il était gêné dans ses activités quotidiennes et était devenu grabataire depuis 3semaine. L'examen physique objectivait un patient alité, désorienté dans le temps et l'espace, dysarthrique avec un ralentissement psychomoteur. Il présentait une quadriparésie spastique prédominant aux membres inférieurs rendant la marche impossible, une dystonie du membre supérieur gauche ainsi qu'un syndrome cordonal postérieur avec une incontinence urinaire. A la biologie une anémie macrocytaire à 3g/l. A l'IRM : aspect de myélite diffuse prédominant au niveau cervical. La ponction sternale : aspect de mégaloalstose. Le patient a été traité par de la vitamine B12 permettant une amélioration clinique et son transfert vers un service de médecine.

**Discussion :** Les manifestations neurologiques de l'anémie de Biermer sont extrêmement polymorphes et de gravité très variable. Les principales manifestations rencontrées sont : la sclérose combinée de la moelle, le syndrome pyramidal, les manifestations neuropsychiatriques, les dysautonomies, et rarement les mouvements anormaux, les crises d'épilepsie et les accidents vasculaires cérébraux ischémiques. L'IRM montre classiquement des hypersignaux T2 non spécifiques intéressant préférentiellement les cordons postérieurs puis latéraux, le plus souvent cervical. Les autres signes décrits sont un élargissement médullaire précoce évoluant tardivement vers une atrophie de la moelle. Le traitement repose classiquement sur l'administration parentérale de la vitamine B12, sous forme de cyanocobalamine. Sous substitution vitaminique, l'évolution des atteintes neurologiques est diversement appréciée dans la littérature médicale

**Conclusion :** L'atteinte neurologique dans le cadre de maladie de Biermer peut être grave . Son diagnostic n'est pas toujours évident à cause du polymorphisme et de la non spécificité des symptômes neuropsychiatriques surtout lorsqu'ils sont isolés.

## **P19. LA VASCULARITE CEREBRALE: UNE COMPLICATION RARE DE LA MENINGITE A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE « A PROPOS D'UN CAS »**

AUTEURS : KAMILIA CHTARA ; MANEL ZEKRI\* ; OLFA TURKI ; INÈS AMMAR; KAIS REGAIEG; CHOKRI BEN HAMIDA ; MABROUK BAHLOUL ; MOUNIR BOUAZIZ  
Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

**Introduction :** Les méningites à pneumocoque sont des infections graves responsables d'une importante mortalité et de séquelles neurologiques. La vascularite cérébrale post méningite à pneumocoque est une complication rarement décrite. En plus des difficultés de diagnostic, cette complication pose un problème de prise en charge thérapeutique.

**Observation :** Il s'agit d'une patiente âgée de 38ans sans antécédents pathologiques particuliers admise au service de médecine interne pour céphalée et fièvre. Le scanner cérébral était sans anomalie. La ponction lombaire était en faveur d'une méningite purulente avec une hypoglycorrachie à 0.02 mmol/l pour une glycémie concomitante à 4.53 mmol/l, une hyperprotéinorrhachie à 3.5g/l. La culture s'est révélée positive à *Streptococcus pneumoniae*. La patiente a été mise sous antibiotiques à base de céfotaxime à dose 300mg/Kg et Gentamicine à dose de 4mg/Kg et sous corticothérapie à base de Dexaméthasone à dose 10mg/Kg toute les 6 heures pendant les 4 premiers jours de traitement. Quatre jours après, l'évolution a été marquée par l'installation d'une altération de l'état de conscience avec un score de Glasgow à 7/15 et l'installation d'une fièvre en plateau à 40°C. La patiente a été intubée ventilée sédaturée puis transférée au service de réanimation. Devant cette aggravation neurologique, une ponction lombaire de contrôle a été réalisée qui a montré un liquide clair avec la présence de 75 éléments blancs, une glycorrachie à 4.92 mmol/l, une protéinorrhachie à 0.46g/l. La culture s'est révélée encore positive à *Streptococcus pneumoniae*. Une imagerie par résonance magnétique cérébro-médullaire a été réalisée et a montrée de multiples anomalies de signal ovalaires et punctiformes de la substance blanche péri ventriculaire et sous corticale prédominant au niveau de la convexité frontale en hyper signal diffusion sans rehaussement. Cet aspect évoque une vascularite cérébrale post méningite. Devant cet aspect, une corticothérapie a été prescrite à base de Méthylprednisolone à la dose de 2mg/Kg/j pendant 5 jours suivis d'une diminution progressive des doses. Après 15 jours de séjours en milieu de soins intensif, l'évolution était favorable sur le plan clinique et radiologique.

**Conclusion :** La vascularite cérébrale fait partie des complications neurologiques rare mais grave des méningites à pneumocoque. Notre observation suggère de penser à ce diagnostic au moindre signe d'aggravation clinique et de le confirmer par la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique. La corticothérapie représente une alternative thérapeutique efficace. La description de nouvelles observations sera déterminante pour préciser les modalités de l'administration de ce traitement adjuvant.

## **P20. LE COMA NON TRAUMATIQUE EN REANIMATION : ETIOLOGIES ET PRONOSTIC**

AUTEURS : HASSOUNA M\*, DALY F, MANAI R, OUESLATI M, TRIFI A, NASRI R, ABDELLATIF S, BEN LAKHAL S  
Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis. Faculté de médecine de Tunis-Tunisie

**Introduction :** Le coma non traumatique (CNT) est un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation. Il s'agit d'une pathologie ayant une mortalité élevée malgré le progrès technologique des moyens d'exploration et de diagnostic. Le pronostic de ces patients dépend de plusieurs facteurs et entre autres de l'étiologie du coma. Le but de notre étude est de déterminer les diagnostics étiologiques des CNT hospitalisés dans notre service et leurs pronostics.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU de la Rabta. Tous les patients, hospitalisés pour un CNT avec un score de Glasgow (SG) inférieur ou égal à 10 et âgés de plus de 18ans, ont été inclus dans l'étude. Le diagnostic étiologique principal retenu pour chaque patient, les moyens diagnostiques ainsi que l'évolution ont été recueillis sur une fiche préalablement établie.

**Résultats :** 84 patients sont inclus durant la période d'étude soit une prévalence de 19%. L'Age moyen est de 45.5ans (± 16.86ans) avec des extrêmes de 18 et 79ans. Le sexe-ratio est de 1,33. 42 patients (50%) proviennent du service des urgences de notre hôpital. La médiane de la durée de séjours est de 8 jours avec des extrêmes de 1 et 154 jours. 55 patients (65,5%) ont un ou plusieurs antécédents dont le fréquent est l'hypertension artérielle qui est retrouvée chez 16 patients (19%). L'étiologie la plus fréquente du CNT est l'infection du système nerveux central chez 28 patients soit 33,3%. Le diagnostic étiologique n'a pas été établi chez 2 patients (2,4%). Les autres étiologies sont classées en neuf catégories avec des incidences variables. La mortalité observée est de 41,7%. La moyenne des scores pronostiques est de 37,2 pour l'IGSII, 13,76 pour l'APACHEII, 5,23 pour le SOFA et 1,17 pour le score de Charlson. La mortalité varie largement en fonction des étiologies. Elle est de 100% en cas de coma anoxique et nulle en cas de coma toxique.

**Conclusions :** Les CNT sont une cause fréquente d'admission en réanimation (19%). Les infections du système nerveux central constituent l'étiologie la plus fréquente de ces CNT (33,3%). Le pronostic semble être lié à l'étiologie avec une mortalité très élevée pour les comas anoxiques, en rapport avec un état de choc et d'origine vasculaire, nulle pour les comas toxiques et égale à la mortalité globale du service pour les autres.

## P21. ETIOLOGIES ET PRONOSTIC DES COMAS NON TRAUMATIQUES

AUTEURS : SEDGHIANI I, FREDJ H\*, AMRI S, ELHECHMI YZ, CHERIF M, JERBI Z

Département Urgence Réanimation hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

**Introduction:** Les comas non traumatiques sont des affections graves nécessitant une prise en charge urgente. La connaissance de leurs causes et de leurs facteurs pronostiques pourrait améliorer la gestion de ces malades. L'objectif de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, étiologiques et pronostiques des comas non traumatiques dans une unité de réanimation.

**Patients et méthodes:** Etude rétrospective incluant tous les malades hospitalisés pour coma à l'unité de réanimation médicale de l'hôpital Habib Thameur entre Aout 2014 et juin 2015.

**Résultats:** Dans notre étude, nous avons colligé 60 patients dont 19 femmes et 41 hommes. Ils étaient âgés de  $54 \pm 16$  ans. Ils avaient un score de Glasgow =  $7 \pm 3$ , un score IGSII =  $41 \pm 15$ . La détresse neurologique était associée à une détresse respiratoire chez 7 (11%) patients et à une instabilité hémodynamique chez 7 (11%) patients. L'étiologie retenue du coma était une cause vasculaire dans 15 (25%) cas, métabolique dans 13 (21%) cas, une infection neuroméningée dans 13 (21%) cas et toxique dans 8 (13%) cas. La médiane du séjour hospitalier était de 6 jours [3-12]. Le taux de mortalité était de 40%.

**Conclusion:** La mortalité des comas reste élevée. Le plus mauvais pronostic était associé à un âge plus élevé, un score IGSII > 42 et lié surtout à l'origine vasculaire.

## P22. LES FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC DU COMA NON TRAUMATIQUE EN REANIMATION

AUTEURS : OUESLATI M\*, DALY F, HASSOUNA M, MANAI R, TRIFI A, NASRI R, ABDELLATIF S, BEN LAKHAL S

Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis. Faculté de médecine de Tunis-Tunisie

**Introduction :** On distingue les comas d'origine traumatique et les comas d'origine non traumatique (CNT). Ces derniers présentent un réel défi diagnostique et de prise en charge en réanimation et sont grevés d'une mortalité élevée. L'objectif de ce travail est de déterminer les facteurs de mauvais pronostic des CNT.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU La Rabta, durant une période de deux ans. Tous les patients, hospitalisés pour un CNT âgés de plus de 18ans et qui ont présenté un score de Glasgow inférieur à 10, au moment de la prise en charge, ont été inclus. Des fiches préalablement préparées ont été remplies, comprenant les données épidémiologiques, cliniques et paracliniques des patients ainsi que leurs évolutions. Les données de ces fiches ont été analysées statistiquement en utilisant le logiciel « SPSS 17.0 fr ». Le choix du cut-off a été déterminé pour chaque variable quantitative.

**Résultats :** 84 patients sont inclus durant la période d'étude. L'Age moyen est de 45.5ans ( $\pm 16.86$ ans) avec des extrêmes de 18 et 79ans. Le sexe-ratio est de 1,33. 42 patients (50%) proviennent du service des urgences de notre hôpital. La médiane de la durée de séjours est de 8 jours avec des extrêmes de 1 et 154 jours. 55 patients (65,5%) ont au moins un antécédent dont le plus fréquent est l'hypertension artérielle qui est retrouvée chez 16 patients (19%). L'étiologie la plus fréquente du CNT est l'infection du système nerveux central chez 28 patients soit 33,3%. Le diagnostic étiologique n'a pas été établi chez 2 patients (2,4%). La mortalité observée est de 41,7%. La moyenne des scores pronostiques est de 37,2 pour l'IGSII, 13,76 pour l'APACHEII, 5,23 pour le SOFA et 1,17 pour le score de Charlson. Les facteurs de mauvais pronostic retrouvés par l'étude multivariée sont représentés dans le tableau suivant.

Variables:		p	ORa	IC95%
Age :	$\leq 40$ ans*	0,030	11,38	[2,34-55,28]
	$> 40$ ans			
APACHE II :	$\leq 15,5$ *	0,060	7,32	[1,77-30,32]
	$> 15,5$			
Défaillance viscérale autre que neurologique à l'admission :	Non*	0,012	6,82	[1,52-30,62]
	Oui			
Score de Glasgow :	[7-10]*	0,018	4,54	[1,29-15,98]
	[3-6]			

LDH : lactico-déshydrogénase ; DMV : défaillance multiviscérale

**Conclusions :** A travers cette étude, nous avons pu déterminer des facteurs de mauvais pronostic du CNT : l'âge supérieur à 40ans, un score APACHEII supérieur à 15,5, la présence d'une défaillance viscérale autre que neurologique à l'admission en réanimation et le score de Glasgow entre 3 et 6 au moment de la prise en charge. La découverte de ces facteurs permettra d'évaluer la gravité du coma.



## **P23. LA PLACE DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES DANS LA PRISE EN CHARGE DES COMAS NON TRAUMATIQUES EN REANIMATION**

AUTEURS : MANAI R\*, DALY F, QUESLETI M, HASSOUNA M, TRIFI A, NASRI R, ABDELLATIF S, BEN LAKHAL S

Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis. Faculté de médecine de Tunis-Tunisie

**Introduction :** Le rôle des examens complémentaires dans la prise en charge des comas non traumatiques (CNT) est fondamental. Ils permettent le plus souvent un diagnostic étiologique amenant à une prise en charge souvent spécifique et dont dépend le pronostic. Le but de notre étude est de déterminer les moyens diagnostiques employés et leurs contributions dans la recherche étiologique des CNT.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU La Rabta, durant une période de deux ans. Tous les patients, hospitalisés pour un CNT âgés de plus de 18ans et qui ont présenté un score de Glasgow inférieur à 10, au moment de la prise en charge, ont été inclus. Des fiches préalablement préparées ont été remplies, concernant l'étiologie du CNT et les examens complémentaires réalisés. Ces données ont été analysées statistiquement en utilisant le logiciel « SPSS 17.0 fr ».

**Résultats :** 84 patients sont inclus durant la période d'étude. L'Age moyen est de 45.5ans ( $\pm$  16.86ans) avec des extrêmes de 18 et 79ans. Le sex-ratio est de 1,33. L'étiologie la plus fréquente du CNT est l'infection du système nerveux central chez 28 patients soit 33,3%.

**Imagerie cérébrale :** 62 patients (73,8%) ont bénéficié d'une imagerie cérébrale : 49 patients par une TDM seule (58,3%), deux patients par une IRM seule (2,4%) et 11 patients par les deux examens (13,1%). La TDM a été pratiquée au total 81 fois chez 60 patients soit une moyenne de 1,35 TDM par patient. Elle est pathologique chez 28 patients (46,7%). L'IRM est pratiquée au total 13 fois chez 12 patients soit une moyenne de 1,08 IRM par patient et elle est pathologique chez 5 d'entre eux (41,7%). L'imagerie cérébrale a permis de poser le diagnostic étiologique dans 10 cas (16,1%) et d'orienter le diagnostic et/ou d'éliminer une contre-indication à la réalisation de la PL dans 52 cas (83,9%). Ponction lombaire : Une ponction lombaire est réalisée chez 40 patients (47,6%). Elle a permis de poser le diagnostic de méningite dans 25 cas (62,5%). La recherche de toxiques : Le dosage des toxiques est réalisé chez 21 patients. Il a permis de confirmer le diagnostic étiologique du coma dans 10 cas (47,6%). Autres examens : Tous les patients ont bénéficié d'un bilan biologique. Ce dernier a permis de porter le diagnostic étiologique dans 19 cas (22,6%). L'EEG est réalisé 6 fois chez 6 patients. Il est revenu pathologique dans 2 cas (33,3%).

**Conclusions :** La place de chaque examen dépend de la symptomatologie et des diagnostics évoqués devant chaque patient mais l'examen biologique et l'imagerie cérébrale restent deux examens clés dans la prise en charge du CNT.

## **P24. POLYRADICULONEVRITE AIGUE ET RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE : A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : F MEDHIOUB; K RGAIEG\*; O TURKI; M SMAOUI; N BACCOUCH; R ALLELA; I AMMAR; A CHAARI; H CHELLY; C BEN HAMIDA; M BAHLLOUL; M BOUAZIZ

Service de Réanimation Médicale, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

**Introduction :** La rectocolite hémorragique (RCH) est une maladie inflammatoire chronique dont la cible essentielle est le tube digestif mais qui peut toucher d'autres organes. Les atteintes extra intestinales les plus classiques sont articulaires, cutanéomuqueuses, hépatobiliaires, ophtalmiques, rénales et hématologiques. L'atteinte du système nerveux périphérique est rare. Nous rapportons un cas de polyradiculonévrite aigue chez une patiente suivie pour RCH.

**Observation :** Une femme âgée de 37ans suivie pou RCH depuis 4ans traitée par 5 amino-salicylate, a été hospitalisée en réanimation pour déficit moteur des 4 membres avec difficulté respiratoire. La patiente a arrêté son traitement un mois avant son admission. L'examen à l'admission a trouvé une tétraparésie symétrique et une abolition de tous les réflexes ostéo-tendineux, sans troubles de la sensibilité superficielle ni profonde ni atteinte des nerfs crâniens. Par ailleurs, elle a présenté une détresse respiratoire aigüe (FR à 24 cyc/min et une SaO<sub>2</sub> à 88% à l'AA) nécessitant l'intubation et la ventilation mécanique. Elle était tachycardie à 110 batt/min avec des chiffres tensionnelles correctes. L'examen proctologique révèle une fissure anale et un abcès périnéal. A la biologie, elle avait une anémie à 9 g/l, une VS accélérée à 70 mm à la 1<sup>ère</sup> heure et une hypoprotidémie à 50 g/l. Les taux de vit B12 et d'acide folique étaient normaux. L'étude du LCR a montré une hyperprotéinorachie à 1,1 g/l et une cytologie à 2 cellules/mm<sup>3</sup>. L'EMG a mis en évidence un aspect de polyradiculonévrite aigue motrice démyélinisante. La sérologie du Campylobacter Jejuni était positive à 310 (n <125). La patiente a reçu une cure d'Ig à raison de 0,4 g/kg/j pendant 5 jours avec kinésithérapie motrice intensive. La poussée digestive a été traitée par du métronidazole et du ciprofloxacine avec remise de la 5 amino salicylate. L'évolution a été favorable avec une nette amélioration et récupération motrice.

**Discussion :** L'atteinte neurologique périphérique au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est rarement rapportée. Plusieurs hypothèses physiopathologiques ont été discutées. L'origine auto-immune

est fortement incriminée. Les MICI représentent un facteur de risque de complications thromboemboliques par rapport à d'autres affections auto-immunes (polyarthrite rhumatoïde, maladie cœliaque, etc.). Cette même hypothèse a été incriminée dans la genèse des complications périphériques par oblitération des micro-vaisseaux. L'hyperhomocystéinémie a été également incriminée comme facteur étiologique d'accidents thromboemboliques au cours des MICI. Il existe un lien étroit entre l'hyperhomocystéinémie et le déficit en vit B12 ou la carence en folates. Par ailleurs, les atteintes neurologiques périphériques d'origine carencielle (en vitamine B12 ou en folates) peuvent être secondaires au syndrome de malabsorption. Un traitement par métronidazole au long cours peut également être en cause.

**Conclusion :** Les atteintes neurologiques périphériques compliquant la RCH peuvent être sévères nécessitant l'hospitalisation en réanimation. Le lien physiopathogénique entre les deux affections reste discuté

## **P25. ACUTE DISSEMINATED ENCEPHALOMYELITIS (ADEM) IN THE ICU.**

AUTEURS : ANOUN M\*, BOUNE R, HAMDQUI Y, KHEDHER A, MEDDEB K, AZOUZI A, AYACHI J, BRAHIM W, BOUSSARSAR M

Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital. Sousse, Tunisia

**Background :** Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) is an acute inflammatory central nervous system disorder that is characterized by a multifocal demyelination of the white matter due to an autoimmune response. It is usually triggered by an infection or vaccination and occurs preferentially in children. Clinical presentation is variable and the magnetic resonance neuroimaging takes a major role in positive diagnosis, follow up and prognosis. Aim: To define the clinical, biological, neuroimaging, therapeutic and outcome characteristics of ADEM in an 8-beds medical ICU.

**Methods:** A retrospective analytic study is performed in an 8-beds medical ICU from 2005 to 2014. Were analyzed, clinical, biological, radiological, therapeutic and outcome characteristics.

**Results:** 6 cases of high probability diagnoses of ADEM, based on clinical presentation and MRI, were analyzed. Clinical, biological, neuroimaging, therapeutic and outcome characteristics are displayed on the table below.

**Conclusion :** Prognosis remains severe in our series. This is mainly due to late diagnosis and initial treatment as infectious encephalitis. In the cases corticosteroids were administered, it was done late and the outcome was still fatal. In the present study ADEM patients were mostly adults. Initial clinical presentation and biological findings could initially mimic bacterial meningitis. MRI straightens always the diagnosis demonstrating regions of enhanced signal, with surrounding edema typically situated in subcortical locations, the thalamic and brainstem could also be involved.

Table : ADEM patients characteristics.						
Patient	1	2	3	4	5	6
Age (yrs)	37	66	54	59	57	28
Gender	M	M	F	M	M	F
Fever	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes
GCS	9	12	13	13	8	13
Meningism	Yes	Yes	Yes	No	No	No
Focal neurological signs	No	Yes	No	Yes	Yes	No
CSF-WBC count (/mm <sup>3</sup> )	21	2	<1	<1	<1	200
PNN(%)						10%
CSF-Proteins (g/L)	0,5	2	0,1	0,35	0,98	1,4
Glucose CSF/Serum Ratio	0,5	0,55	0,6	0,55	0,48	0,43
MRI	Diffuse subcortical and thalamic	Focal thalamic Diffuse medullar	Diffuse subcortical and thalamic	Diffuse subcortical	Multiple focal subcortical	Diffuse subcortical and thalamic
Treatment	Antibiotics Aciclovir Steroids	Antibiotics Steroids	Antibiotics Aciclovir	Antibiotics Aciclovir	Antibiotics	Antibiotics Aciclovir
Outcome	Died	Died	Discharged Minor hemiparesis	Died	Died	Died

## P26. L'HYDATIDOSE CEREBRALE A PROPOS DE 12 CAS

AUTEURS : CHELLY.M\*, AJINA.A, AMMAR.C, KHADRAOUI.M, BEJAOUI.N, NAIJA.W

Service d'Anesthésie Réanimation - CHU Sahloul

**Introduction :** La maladie hydatique est une affection parasitaire secondaire à l'infestation de l'organisme par l'embryon hexacanthe *Echinococcus granulosus*. En Tunisie, l'hydatidose sévit à l'état endémique, elle touche avec prédilection le foie et le poumon. La localisation cérébrale est rare.

**Matériel et méthodes :** Nous rapportons une série de 12 cas de kyste hydatique encéphalique opérés sur une période de 3 ans. Les particularités cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques de cette pathologie ainsi que l'évolution des patients seront ont été analysées.

**Résultats :** L'âge moyen est de 14ans, le sex-ratio est de 1.4. Le délai moyen diagnostique était de 3 mois. La sémio-logie clinique prédominante était un syndrome d'hypertension intracrânienne retrouvé chez 67% des patients, et un déficit moteur chez 58% des malades. La sérologie hydatique demandée chez trois patients été positive dans un seul cas. Le scanner cérébral montrait l'aspect radiologique pathognomonique d'un kyste hydatique, sauf pour un patient où elle a montré un œdème péri lésionnel avec prise de produit de contraste en rapport avec un kyste infecté. Tous les kystes étaient hémisphériques avec une légère prédominance gauche (58%). La localisation fronto-pariétal était la plus touchée (50%). La taille moyenne des kystes était de 60mm. Un bilan d'extension a trouvé une localisation hépatique chez un seul patient. Tous les malades ont été opérés selon la technique d'ARANA INIGUEZ (Hydropulsion). Une rupture accidentelle du kyste est survenue dans deux cas. Les suites postopératoires étaient simples, cependant quelques complications ont été noté: un cas d'hématome intracérébral nécessitant une reprise chirurgicale, une épilepsie post opératoire chez 3 patient, un cas de cécité séquellaire et un cas d'hématome sous dural chronique. La récurrence n'a été observée que dans un seul cas. La durée moyenne du séjour en réanimation était de 2 jours en post opératoire.

**Conclusion :** L'hydatidose cérébrale est rare et touche le plus souvent une population jeune. L'évolution est souvent lente. Le pronostic est le plus souvent bon après traitement chirurgical malgré la gravité des troubles neurologiques qui peuvent révéler la maladie. La prise en charge anesthésique ne présente pas de particularités par rapport à la chirurgie tumorale intra crânienne.

## P27. TRAUMATISMES CRANIENS GRAVES: EPIDEMIOLOGIE ET PRONOSTIC DANS UNE REANIMATION MEDICALE TUNISIENNE

AUTEURS : BEN GHEZALA H\*,NAJJAR S, SNOUDA S, DAOUDI R, KADDOUR M.

Service universitaire des urgences et de soins intensifs, hôpital régional Zaghuan

**Introduction:** Les traumatismes crâniens graves (TCG), secondaires le plus souvent aux accidents de la voie publique, surviennent généralement chez des sujets jeunes. Malgré les progrès effectués, leur prise en charge reste tributaire de la disponibilité des moyens. Objectif: Dans cette étude, nous avons essayé d'établir le profil épidémiologique des ATCG au service de réanimation de l'hôpital régional de Zaghuan en le comparant à la littérature. Ensuite, nous avons essayé de déterminer les facteurs pronostiques.

**Matériel et Méthodes :** Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 04ans allant de 2011 à 2014. Nous avons colligé tous les patients admis en réanimation par le biais des urgences suite à un traumatisme crânien avec GCS inférieur ou égal à 8 après normalisation de l'état hémodynamique. Nous avons exclu de l'analyse des résultats les dossiers de patients comportant des données cliniques ou paracliniques insuffisantes.

**Résultats:** Durant la période d'étude, 32 patients admis pour un TCG ont été colligés représentant 3% de toutes les admissions et 12% des traumatisés crâniens hospitalisés dans le service. Le mécanisme le plus fréquent était l'accident de la voie publique (78% des cas). Tous les transports étaient non médicalisés. Le délai moyen de prise en charge était de 78minutes. L'âge moyen des patients était de  $43 \pm 16$ ans avec des extrêmes allant de 19 à 83ans. Le sex-ratio était de 4.3. L'état de conscience a été évalué par le GCS avec une médiane à 5. 66% des patients avaient une anomalie pupillaire. 19% ont présenté un déficit neurologique. 81% avaient des lésions associées. Les lésions scanographiques les plus fréquentes étaient l'hémorragie méningée et les contusions cérébrales. Tous les patients ont été intubés et ventilés avec une durée moyenne de séjour en réanimation de  $9 \pm 2$  jours. Le pronostic, évalué par le Glasgow Outcome Scale (GOS) était corrélé avec plusieurs facteurs, anamnestiques, cliniques et scanographiques : le délai de prise en charge ( $p=0.007$ ), la présence d'anomalie pupillaire ( $p < 0.01$ ), la présence de lésions associées ( $p = 0.01$ ), le score ISS ( $p < 0.01$ ), le score GCS ( $p=0.002$ ), le RTS ( $p=0.004$ ) et le TRISS score ( $p=0.022$ ). La corrélation avec les ACSOS n'a pas été établie dans notre série, vue probablement la taille réduite de l'échantillon.

**Conclusion:** Le profil épidémiologique des TCG au service de réanimation de l'hôpital régional de Zaghuan rejoint la littérature. Les facteurs pronostiques décelés étaient : le délai de prise en charge, le GCS, la présence d'anomalie pupillaire, la présence de lésions associées, l'ISS et le score scanographique. L'amélioration du pronostic de cette pathologie nécessite un traitement optimal, débutant dès la prise en charge pré hospitalière et se poursuivant par l'utilisation du monitoring multimodal.

## **P28. LES TRAUMATISMES CRANIENS GRAVES ISOLES OU ASSOCIES AU POLY-TRAUMATISME ET TROUBLES D'HEMOSTASE : PRISE EN CHARGE A LA PHASE AIGUE**

AUTEURS : CHAKROUN.A\*(<sup>1</sup>), BENALI.M(<sup>1</sup>), STAMBOULI.L(<sup>1</sup>), HAFI.F(<sup>1</sup>), ABDELMOULA.M(<sup>1</sup>), HAMDENE.M(<sup>1</sup>), CHAKROUN.S(<sup>1</sup>), LATRACH.N(<sup>1</sup>), KILANI.M<sup>2</sup>, BOUGHAMMOURA.M<sup>2</sup>, BEN SALEM.F(<sup>1</sup>), GAHBICHE.M(<sup>1</sup>)

<sup>1</sup> Service d'Anesthésie-Réanimation EPS Fattouma Bourguiba Monastir <sup>2</sup> Service de Neurochirurgie EPS Fattouma Bourguiba Monastir

**Introduction:** Le ploytraumatisé (PT) avec ou sans traumatisme crânien (TC) est fréquemment exposé au choc hémorragique post traumatique. C'est une complication grave car près de 10% des décès sont liés à une hémorragie, ce qui fait du choc hémorragique la 2<sup>ème</sup> cause de décès après les TC. Le but est de décrire les traumatisés crâniens graves avec hématome sous dural aigue associés ou non à un polytraumatisme compliqués de troubles d'hémostase..

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective menée sur 11 ans colligeant les dossiers des PT ayant TC grave avec ou sans PT. Un TC grave est défini par GCS  $\leq$  8. Nous avons relevé les caractéristiques clinico-biologiques, tomodensitométriques, thérapeutiques et les associations lésionnelles au TC. Nous avons noté le score de Glasgow (GCS) à l'admission dans notre unité, les réflexes du tronc cérébral, l'état pupillaire (diamètre et réactivité), les convulsions. Nous avons relevé la pression artérielle systolique (PAS) diastolique (PAD) et moyenne (PAM) et les défaillances d'organes (DV), le taux moyen d'hémoglobine initiale, de prothrombine (TP) et le taux moyen des plaquettes (TPQ) et la fibrinémie moyenne. Le remplissage par des macromolécules ou cristalloïdes et la transfusion sanguine étaient notés. La gravité des patients était appréciée par le score IGS et Apache. Nous avons relevé la durée du séjour et le décès des patients.

**Résultats :** Nous avons colligé 105 dossiers de TC avec hématome sous dural (HSD) parmi 428 cas de TC grave. Les accidents de circulation notés dans 78cas. L'âge moyen était  $40 \pm 21$ ans, prédominance masculine (sexe ratio 0.09) et 83 patients avaient un TC d'emblée grave. Le traumatisme des membres (22cas) et traumatisme thoracique (20cas) était les plus fréquemment associés au TC. A l'admission : mydriase bilatérale aréactive (28cas), anisocorie (19cas). L'état de choc persistant était noté dans 7cas. La PAS moyenne était  $126,2 \pm 21,7$  mmHg, PAD moyenne était  $64,8 \pm 13$ mmHg, La FC moyenne était  $91 \pm 22$  mmHg, L'hémoglobine moyenne était  $112 \text{g/dl} \pm 2,9$  (extrêmes 4,1-16,8g/dl), taux moyen de plaquettes de  $173.94410^3 \pm 105.29310^3/\text{mm}^3$ , un TP moyen à  $61,5 \pm 23,5$ , temps céphaline activé moyen à  $35,71 \pm 8,7$  secondes. Le remplissage vasculaire était réalisé par Sérum salé isotonique (80%cas) et colloïdes associé (21cas). La transfusion sanguine était relevée chez 46 patients. La quantité moyenne de culots globulaires était de  $2,34 \text{ unités} \pm 1,4$  utilisés dans 15 cas ; de plasma frais congelé ( $6,53 \text{ poches} \pm 3,6$ ) associés dans 19cas et de concentrés plaquettaires ( $3,5 \text{ unités} \pm 3,6$ ) associés aux autres dans 12cas. Les catécholamines étaient utilisées dans 90 cas (74,4% noradrénaline). La dépendance aux catécholamines était notée dans 44 cas. La chirurgie d'hémostase (laparotomie dans 9 cas).La neurochirurgie était notée dans 47cas. Le décès était noté dans 73 cas (dont 27 cas opérés pour chirurgie intracrânienne et 5/7 patients choqués malgré la réanimation. La DSR moyenne était  $12,6 \pm 11,4$ jours.

**Conclusion :** Le taux de mortalité élevé chez nos patients était du à la sévérité des lésions cérébrales primaires. Le PT compliqué de choc hémorragique majore le risque de décès chez les TC graves.

## **P29. THROMBOSE DU SINUS SIGMOÏDIEN, COMPLICATION RARE DU TRAUMATISME CRANIEN FERME**

AUTEURS : FREDJ H\*, SEDGHIANI I, BEN KADDOUR R, CHERIF M, EL HECHMI YZ, JERBI Z

Département Urgence-Réanimation Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

**Introduction :** la thrombose veineuse du sinus sigmoïdien est rare avec une incidence de l'ordre de 3 à 4 cas par millions d'habitants. Sa survenue suite aux traumatismes crâniens fermés est rarement reportée et aucun lien physiopathologique n'a été, jusque là, identifié.

**Observation :** nous rapportons le cas d'un patient de 54ans sans antécédents pathologiques particuliers, qui a été heurté par un véhicule occasionnant un traumatisme crânien avec perte de connaissance initiale d'une heure et amnésie rétrograde. L'examen initial trouvait un patient conscient avec une ecchymose périorbitaire droite et une otorragie gauche de faible abondance. L'examen à l'otoscope était normal. Le patient se plaignait d'une céphalée en casque améliorée par du paracétamol. La tdm cérébrale objectivait deux hématomes sous dursaux fronto-temporal droit et temporal gauche, une hémorragie méningée de moyenne abondance, de multiples foyers de contusions et un œdème cérébral diffus. Le reste du bilan lésionnel était sans anomalie. Soixante douze heures plus tard, le patient a présenté une fièvre= $38^\circ\text{C}$  avec aggravation des céphalées devenant résistantes aux antalgiques. Un angio-scanner cérébral a été réalisé montrant une thrombose veineuse du sinus sigmoïde gauche avec régression de l'hémorragie méningée et des foyers de contusions. L'angio-IRM cérébrale a confirmée le diagnostic de thrombophlébite cérébrale. Un traitement anticoagulant a été instauré permettant une amélioration nette des symptômes, sans séquelles neurologiques.

**Conclusion :** bien que rare, la thrombophlébite cérébrale compliquant les traumatismes crâniens est potentiellement grave. L'anti-coagulation efficace constitue l'essentiel du traitement.



## THEME : NEUROLOGIE, SCORING et PRONOSTIC

**P30. L'ENFANT POLYTRAUMATISÉ : MORBI-MORTALITÉ ET PRISE EN CHARGE EN MILIEU DE RÉANIMATION CHIRURGICALE**

AUTEURS : BEN ALI. M<sup>(1)\*</sup>, STAMBOULI. L<sup>(1)</sup>, HAFI.F<sup>(1)</sup>, FERJAOUI. M<sup>(1)</sup>, HAMDENE. M<sup>(1)</sup>, CHAKROUN. S<sup>(1)</sup>, ABDELMOULA. M<sup>(1)</sup>, ZAOUALI. T<sup>(1)</sup>, MOULA. K<sup>(1)</sup>, KILANI. M<sup>(2)</sup>, BENSÂLEM. F<sup>(1)</sup>, GAHBICHE. M<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> Service d'Anesthésie-Réanimation EPS Fattouma Bourguiba Monastir

<sup>2</sup> Service de Neurochirurgie EPS Fattouma Bourguiba Monastir

**Introduction :** L'enfant polytraumatisé (PT) est un patient porteur d'une association lésionnelle d'origine traumatique, mettant en jeu son pronostic vital. Le traumatisme crânien (TC) est présent dans 80% des cas et détermine le pronostic de ces enfants. C'est la première cause de mortalité chez l'enfant de plus de un an dans les pays industrialisés. La prise en charge est standardisée dans les unités spécifiques de soins intensifs de traumatologie pédiatrique. Le but est de décrire notre prise en charge des enfants PT avec un TC ainsi que la morbi-mortalité chez ces patients.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective menée de 2000 à 2012 colligeant les dossiers des enfants (âge < 15 ans) victimes d'un TC avec ou sans PT. Un TC grave est défini par GCS ≤ 8 un, modéré entre 9 et 12 et léger si GCS ≥ 13. Nous avons relevé les caractéristiques démographiques, clinico-biologiques, tomodensitométriques, thérapeutiques et évolutifs. Nous avons noté le score de Glasgow (GCS) adapté à l'enfant, les réflexes du tronc cérébral, l'état pupillaire (diamètre et réactivité), les convulsions. Nous avons relevé la pression artérielle (PA), fréquence cardiaque (FC), fréquence respiratoire (FR), saturation pulsée en oxygène (SpO<sub>2</sub>), ventilation mécanique (VM), des associations lésionnelles au TC et les défaillances d'organes (DV). La gravité de nos patients était appréciée par score de GCS, l'Injury Severity Score (ISS) et Pediatric Trauma Score (PTS).

**Résultats :** Nous avons colligé 69 dossiers de PT avec TC. Les accidents de circulation notés dans 54 cas. L'âge moyen était 7,42 ± 3,65 ans, prédominance masculine (45 garçons), 43 enfants (62,3 %) avaient un TC grave. Le traumatisme des membres (39 cas) était le fréquemment associé au TC. Le PTS ≥ 8 (19 cas), ISS ≥ 25 dans 56 cas. A l'admission : mydriase (7 cas), anisocorie la PA systolique moyenne était 100,23 ± 18,36 mmHg, PA diastolique moyenne était 56,67 ± 14,41 mmHg, La FC moyenne était 116,12 ± 22,97 mmHg, La FR moyenne 24 ± 11, La SpO<sub>2</sub> moyenne était 96,66 ± 5,67%. L'hémoglobininémie moyenne était 9,41 g/dl ± 1,76, taux moyen de plaquettes de 248.10<sup>3</sup> ± 93.10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>, un taux de prothrombinémie moyenne à 60,58 ± 20,36, temps céphaline activé moyen à 32,71 ± 8,95 secondes. Le remplissage vasculaire était réalisé par Cristalloïdes (59 cas) et Colloïdes (10 cas). La transfusion sanguine était relevée chez 34 patients La quantité moyenne de culots globulaires était de 2,87 unités ± 1,5 ; de plasma frais congelé (7,71 poches ± 6,7) et de concentrés plaquettaires (1,5 unités ; 2 cas). Les catécholamines et la VM étaient utilisées respectivement dans 20 et 57 cas. La DV était notée dans 39 cas. Le scanner cérébral initial était pathologique dans 61 cas (lésions Marshall 1,2 (50 cas)). Les complications neurologiques étaient les plus relevées (29 cas), pulmonaires (26 cas), infectieuses (15 cas dont 2 cas de septicémie). La DSR était ≤ 4 jours dans 36 cas. Le décès était noté dans 32% des cas (n=22)

**Conclusion :** Le taux de mortalité de 20,8%, élevé dans notre unité de traumatologie non spécifique à la pédiatrie, était comparable à la littérature. Par l'association lésionnelle du PT avec un TC grave, l'évolution des patients semble compliquée malgré une prise en charge optimale et standardisée

**P31. THROMBOPHLEBITE CÉRÉBRALE POST TRAUMATIQUE CHEZ UN ENFANT DE 7 ANS**

AUTEURS : MHAMDI.S, GUIZANI.T\*, AMMAR.C, NAKHLI.MS, FRIGUI.W, NAÏJA.W

Service d'Anesthésie Réanimation - CHU Sahloul

**Introduction :** Les thromboses veineuses cérébrales (TVC) sont des entités cliniques fréquentes en pédiatrie, la majorité des étiologies étant soit l'infection soit une coagulopathie contrastant avec la cause traumatique qui n'est que très rarement incriminée. Les (TVC) post traumatiques chez l'enfant sont très peu communes et constituent un réel challenge diagnostique et thérapeutique de part la rareté des cas, et de l'absence de recommandations ou de guidelines concernant le traitement anticoagulant.

**Cas clinique :** Nous rapportons le cas d'un enfant de 7 ans hospitalisé au service de réanimation du CHU suite à une chute d'une hauteur de 3 mètres occasionnant un traumatisme crânien et thoracique. Le patient présentait une détresse neurologique (Glasgow initial à 7), respiratoire nécessitant une assistance ventilatoire et un état hémodynamique stable. La TDM effectuée à h3 a objectivé au niveau cérébral deux hématomes sous duras (frontal et occipital) des contusions hémorragiques occipitales fracture de la voûte crânienne occipitale, un décollement du sinus veineux latéral gauche, une absence d'opacification du sinus sigmoïde étendue au golfe de la jugulaire dans sa portion pétreuse. A l'étage thoracique des foyers d'hémorragie intra alvéolaires. Le patient a bénéficié d'une

neuro-réanimation. Nous avons opté pour l'abstention concernant un traitement anticoagulant à dose curative. L'enquête biologique à la recherche d'une coagulopathie est revenue négative. L'arrêt de la sédation a été décidé après amélioration des lésions cérébrales et l'aspect stable non extensif de la (TVC) à j 15 d'hospitalisation. Nous avons obtenu neurologiquement un bon état d'éveil, une reprise progressive de la parole ainsi que de la marche, une rigidité spastique isolée du membre supérieur gauche qui s'est améliorée par la rééducation fonctionnelle.

**Conclusion :** Les TVC ont une incidence annuelle de 0.67 pour 100,000 enfants par an, seul 3% sont d'origine post traumatique. Le sinus sagittal et transverse représentent 47% et 12% des cas recensés. La thrombose se constitue précocement (j1 à j5 post traumatique). Les TVC post traumatique sont sous diagnostiquées du fait de l'association lésionnelle cérébrale qui peuvent masquer ces signes à la TDM, de ce fait l'IRM est l'examen de choix mais qui reste peu accessible. La revue de la littérature concernant le traitement anticoagulant relève deux points de vue ; entre le choix d'une abstention argumentant un risque accru de saignement surtout en cas de lésions cérébrales hémorragiques post traumatiques associées, et une anti coagulation par héparine non fractionnée relayé par HBPM, ce dilemme est d'autant plus marqué qu'il n'y a pas de recommandations sur ce sujet ni d'études comparatives sur les bénéfices risques de l'une ou l'autre attitude thérapeutique.

## **P32. LA THROMBOPHLEBITE CEREBRALE POST TRAUMATIQUE : A PROPOS DE 5 CAS**

AUTEURS : KAMILIA CHTARA; KAIS REGAIEG\*; OLFA TURKI; NAJEH BACCOUCH; HÈDI CHELLY; MABROUK BAHLOUL; MOUNIR BOUAZIZ

*Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax*

**Introduction :** Le traumatisme crânien est une étiologie rare mais possible d'une thrombophlébite cérébrale. Le diagnostic doit être évoqué surtout devant les traumatismes crâniens ouverts étendus au sinus veineux. L'angio-IRM est l'examen de référence permettant un diagnostic précoce.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant tout les polytraumatisés hospitalisés au service de réanimation polyvalente du CHU Habib Bourguiba Sfax sur une période de un an entre Octobre 2014 et Septembre 2015 et chez qui le diagnostic d'une thrombophlébite cérébrale a été posé.

**Résultats :** Durant cette période 5 patients étaient inclus. L'âge médian de nos patients était de 26[17-38] ans. Tous les patients étaient de sexe masculin, victimes d'un poly traumatisme suite un accident de la voie publique. On a noté la présence d'un traumatisme crânien grave chez les 5 patients. Des fractures crâniennes ouvertes étendues au sinus veineux chez 4 patients. Un traumatisme thoracique associé était présent chez 4 patients et un traumatisme abdominal chez 2 patients. Des fractures du bassin et/ou des membres étaient présents chez 3 patients. Tous les patients ont bénéficié d'une ventilation mécanique. Le diagnostic d'une thrombophlébite cérébrale était confirmé par un angio-scanner cérébrale chez 3 patients et une angio-IRM cérébrale chez deux autres patients. Deux patients ont présenté secondairement une embolie pulmonaire. Tous les patients n'ont pas présenté une contre indication à l'héparinothérapie lors de diagnostic de la thrombophlébite. Le bilan de thrombophilie (antithrombine III, protéine C et S, homocystéinémie, anticorps anti-noyaux et antiphospholipides, mutation du gène des facteurs II et V) ainsi que la recherche d'anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles étaient négatifs chez tous les patients. L'évolution était favorable chez 4 patients. Un seul patient était décédé suite à un état de choc septique réfractaire.

**Conclusion :** La thrombose veineuse cérébrale post-traumatique est une affection vasculaire thrombotique peu fréquente. Elle doit être évoquée surtout devant la présence de fractures crâniennes ouvertes étendues au sinus. L'angio-IRM veineuse est l'examen de référence. Le traitement est basé sur l'anticoagulation à dose curative. Sa prescription peut s'avérer compliquée dans ces cas associée à des hémorragies intracrâniennes d'origine traumatique.

## **P33. THROMBOPHLEBITE CEREBRALE : DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT (A PROPOS DE 4 CAS)**

AUTEURS : F.ESSAFI, F.JAZIRI, W.BANI, M.KHEDER, M.MAHFOUDDHI, M.ELEUCH, S.TURKI, K.BEN ABDELGHANI, T.BEN ABDALLAH

*Médecine interne A. Hôpital Charles Nicolle. Tunis.*

**Introduction :** La thrombophlébite cérébrale est une affection vasculaire thrombotique peu fréquente caractérisée par la diversité de la présentation clinique et étiologique.

**Méthodes :** Nous avons rétrospectivement analysé les signes cliniques, les possibilités thérapeutiques et le pronostic chez quatre malades ayant présenté une thrombophlébite cérébrale.

**Résultats :** Les quatre malades (cf tableau), deux hommes et deux femmes, étaient âgés de 19 à 43 ans (médiane : 34 ans). Le diagnostic a été confirmé par imagerie par résonance magnétique (IRM) dans 3 cas et un angioscanner cérébral dans un cas.

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4
Age	19	43	35	39
Sexe	H	F	F	H
Maladie	GNA post infectieuse	Lupus	Behçet	Behçet
Autres Facteurs de risque	Syndrome néphrotique	Syndrome néphrotique	0	0
Signes neurologiques	Céphalées convulsions	Confusion convulsions	Céphalée Nystagmus divergeant	céphalée
Lésions anatomiques	Sinus sagittal supérieur et sinus latéral gauche	sinus longitudinal et sinus sigmoïde gauche	Sinus caverneux	Sinus durmeriens
traitement	anticoagulant	Anticoagulant Corticoïde+CYP	Anticoagulant	Anticoagulant Corticoïde+CYP
évolution	bonne	bonne	décès	bonne

CYC : cyclophosphamide , GNA: glomérulonéphrite aiguë

**Conclusion :** la thrombose veineuse cérébrale reste une complication grave qu'il faut évoquer devant toute symptomatologie neurologique chez un patient à risque pour agir à temps.

### **P34. MOYAMOYA: A PROPOS DE DEUX CAS ET REVUE DE LITTÉRATURE.**

AUTEURS : GUELLIM MOSBAH.S\*, BEN CHIKHA.M, KANTAOUI.A, CHAKROUN.A, ESSAFI.G, AMARA A, KAHOUL M, MAHAMDI S, AJMI.C, NAIJJA W.

Service d'anesthésie réanimation, CHU Sahloul.

**Introduction :** Le syndrome ou maladie de MoyaMoya est une affection angiogénique cérébrale chronique rare. Elle donne un aspect angiographique en « nuage de fumée » en japonais (MoyaMoya) caractéristique de l'affection. Cette maladie obstructive de la partie proximale du polygone de willis est plus fréquente au japon, beaucoup moins fréquente en Europe et USA. Elle est souvent primitive mais peut être secondaire. Cette affection reste asymptomatique le plus souvent ou pausi-symptomatique mais sa complication principale est l'accident vasculaire cérébral.

**Observation1 :** Une fille de 13ans, sans antécédents particuliers se présentait aux urgences dans un tableau d'hypertension intra crânienne (HTIC) rapidement progressif. Une TDM cérébrale a objectivé une hémorragie sous arachnoïdienne et quadrivertriculaire avec hématome intraparenchymateux frontal droit de 5mm. L'examen clinique et biologique n'a objectivé aucune anomalie a part l'état de coma qui a nécessité de la neuro-réanimation. Une angiographie été compatible avec un syndrome de Moya Moya ; devant les sténoses des siphons carotidien prédominant à droite avec importante circulation collatérale lenticulostrée et leptoméningée. La patiente est décédée à J9 d'hospitalisation dans un tableau de HTIC sévère avec un aspect stable de l'hémorragie au scanner réalisé en urgence.

**Observation2 :** Une femme âgée de 47ans aux antécédents de trois accidents ischémiques transitoires (AIT) présentait brutalement une détresse neurologie avec signe de localisation périphérique droit. Les constantes vitales été correctes. Une TDM cérébrale a objectivé un accident vasculaire cérébrale (AVC) hémorragique lenticulo-capulaire externe gauche avec rupture dans l'espace sous arachnoïdien (ESA) et le ventricule homolatéral associée à un engagement sous falcoriel de 7mm. Un angioscanner avec reconstruction pratiquée en urgence a objectivé un aspect en faveur d'un syndrome de MoyaMoya qui a été confirmé ultérieurement par l'artériographie. En effet ce dernier a montré une sténose sévère des siphons carotidiens prédominant à droite avec importante circulation collatérale lenticulostrée et leptoméningée (aspect en nuage de fumée). La patiente a nécessité sa mise sous machine ainsi que de la neuro-réanimation. L'évolution été marquée par la persistance d'un état végétatif. Le syndrome ou maladie de MoyaMoya est une affection évolutive et potentiellement grave essentiellement des pays asiatiques mais sa connaissance est impérative pour un diagnostic rapide et prise en charge adéquate

**Conclusion :** Le syndrome ou maladie de MoyaMoya est une affection évolutive et potentiellement grave essentiellement des pays asiatiques mais sa connaissance est impérative pour un diagnostic rapide et prise en charge adéquate.

### **P35. ECLAMPSIE : FACTEURS ETIOLOGIQUES ET CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC. A PROPOS DE 6 CAS**

AUTEURS : FENINA EMIRA\*, KHALAF.FERDAWS, MAHMOUD SAHAR, HAJBI GHASSEN, MRAZGUIA CHAOUKI, AJILI AMJAD

Maternité de Nabeul

**Introduction :** La fréquence de l'éclampsie reste relativement faible dans notre pratique hospitalière. Il s'agit d'une affection grave qui engage le pronostic maternel et fœtal. Seule une prise en charge bien codifiée permet d'améliorer le pronostic. Objectif : Déterminer les facteurs étiologiques, la prise en charge et les conséquences maternelles et périnatales de l'éclampsie

**Matériels et méthode :** Etude rétrospective descriptive incluant tous les cas d'éclampsie entre janvier 2010 et décembre 2012 au sein de notre maternité.



**Résultats :** 6 cas d'éclampsie ont été retenus sur la période d'étude. L'âge moyen des patientes était de 27,8ans. Le principal facteur de risque retrouvé était la primiparité (4 cas). L'éclampsie avait eu lieu en anté-partum, péri-partum et post-partum chez 1 patiente, 2 patientes et 3 patientes respectivement (cf figure). Au moment de la crise d'éclampsie, 4 patientes avaient une hypertension artérielle (HTA), 5 patientes rapportaient des céphalées. Les traitements mis en place étaient: antihypertenseurs (4 cas), anti épileptiques (3 cas), et sulfate de magnésium (6 cas). L'accouchement s'est déroulé par césarienne dans tous les cas. 5 patientes avaient un HELLP syndrome. Une hospitalisation en réanimation a été nécessaire pour toutes les patientes. Aucun décès maternel n'était constaté.

**Conclusion :** La physiopathologie de l'éclampsie est toujours mal comprise, sa survenue est souvent brutale et imprévisible, l'identification des facteurs de risques est fondamentale. Le diagnostic doit alors être posé rapidement pour une prise en charge obstétricale urgente et adaptée dans le but d'améliorer le pronostic maternel et fœtal.

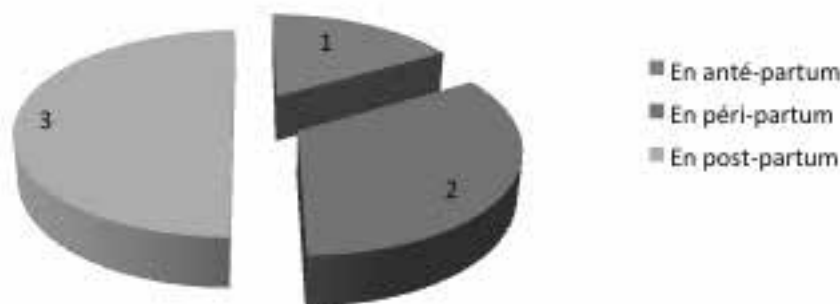


Figure : Classification des patients selon le moment de survenue de l'éclampsie

## P36. L'ASCITE NEUROGENE : UNE COMPLICATION RARE DU TRAUMATISME CRANIEN GRAVE

AUTEURS : NAJEH BACCOUCH\*; OLFA TURKI; MARIEM BOUJELBEN; MANEL ZEKRI; CHOKRI BEN HAMIDA ; MABROUK BAHOUL ; MOUNIR BOUAZIZ  
Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

**Introduction :** La présence d'un épanchement intra-péritonéal chez un sujet victime d'un accident fait toujours craindre la méconnaissance initiale d'une lésion intra-abdominale, notamment du tube digestif. Cependant, dans quelques rare cas, il peut s'agir d'une ascite de type transudat.

**Observation :** Il s'agit d'un enfant âgé de 6ans sans antécédents pathologiques particuliers, victime d'un poly-traumatisme suite à un accident de la voie publique. La patiente a été admise initialement à la salle de déchocage où l'examen a montré un score de Glasgow initial à 13/15, pupille en intermédiaire réflexive, pression artérielle à 70/45 mmHg, fréquence cardiaque à 140 battements/min, SaO<sub>2</sub> à 92% sous Oxygène, fréquence respiratoire à 32 cycle/min avec à l'auscultation des rales crépitautes. L'examen abdominal montre un abdomen distendu. A la biologie, on a noté un Hb initial était à 13 g/dl, une hyperglycémie à 17.7 mmol/l et une acidose métabolique à 7.31 avec HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> à 12 mmol/l. La patiente a été intubée ventilée sédaturée, stabilisée sur le plan hémodynamique et respiratoire. Elle a bénéficiée d'un bodyscanner qui a mis en évidence à l'étage cérébral un foyer de contusion oedémato-hémorragique frontal droit, une embarrure médiane frontale droite avec une plaie crânio cérébrale en regard. A l'étage thoracique, une lame d'épanchement pleural droit. A l'étage abdominale, un épanchement intra et rétro péritonéal de grande abondance de densité liquidienne. La patiente a été transférée au bloc opératoire où elle a bénéficié d'une réfection de l'embarrure avec suture de la plaie. Une laparotomie exploratrice a objectivé un épanchement séreux clair transudatif.

**Conclusion :** La présence d'un épanchement intrapéritonéal après un traumatisme crânien chez l'enfant doit faire éliminer une lésion intrapéritonéale d'un traumatisme abdominal fermé. La clinique, la biologie et l'imagerie par scanner abdominal permettent de réaliser une approche diagnostique précise. Dans un certain nombre de cas rares, il s'agit d'une ascite de type transsudat. Cet épanchement serait en rapport avec une perturbation de la microvascularisation hépatique et digestive secondaire à une décharge sympathique d'origine centrale.

## P37. IMPACT DU SÉJOUR EN RÉANIMATION SUR L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE DES PATIENTS

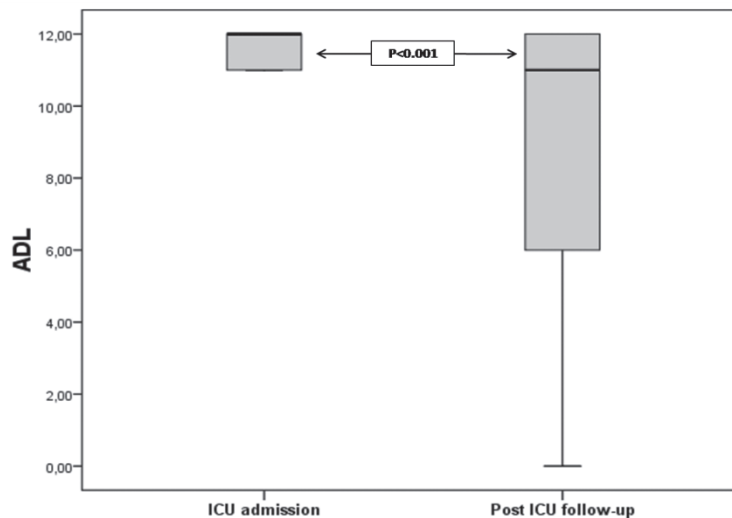
AUTEURS : MARZOUK M, OUANES I, DACHRAOUI F, JABLA R, GHRIBI CH, BOUJELBÈNE N, HACHANI A, BEN ABDALLAH S, HAMMED H, BEN LAKHAL H, BEN ALI I, ABDELLAOUI I, OUANES-BESBES L, ABRUG F.

Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir.

**Introduction:** Des études antérieures ont rapporté l'impact de l'admission en réanimation sur le statut fonctionnel des survivants dans différentes populations. L'objectif de notre étude est de comparer l'autonomie fonctionnelle avant et après l'hospitalisation dans un service réanimation tunisien.

**Patients et Méthodes:** Nous avons analysé une base de données recueillie prospectivement incluant les patients consécutivement admis dans service de réanimation entre le 1<sup>er</sup> Janvier 2014 et le 30 Juin 2015. L'autonomie des patients a été évaluée par l'échelle de Katz (Activity of daily living : ADL) systématique par l'interrogatoire à l'admission en réanimation, alors que l'autonomie après leur séjour en réanimation a été évaluée par un appel téléphonique en Aout 2015. L'échelle de Katz a été comparée avant et après le séjour en milieu de soins intensifs en utilisant le test de Wilcoxon.

**Résultats:** Durant la période de l'étude, 295 malades ont été admis dans notre réanimation [âge médian : 62ans (42,5-72); sexe ratio de 1,42; SAPS III médian de 50,5 (42-61) ; VNI comme modalité ventilatoire initiale chez 53,3% des patients]. La médiane de l'échelle de Katz pour toute la population était de 12 (11-12). Cinquante sept patients (21%) sont décédés lors du séjour en réanimation et 167, sont sortis vivants et étaient éligibles pour une deuxième évaluation de leur autonomie fonctionnelle. Nous avons pu joindre 131 patients (78,4%) dont seulement 111 étaient vivants et 20 décédés après la sortie de réanimation. Le recul médian de notre évaluation téléphonique était de 12 mois (6-16). La figure 1 montre une diminution statistiquement significative de l'autonomie chez les 111 patients encore vivants (12 (11-12) vs 11 (6-12),  $p < 0,001$ ). L'altération de l'autonomie a touché tous les éléments de l'échelle de Katz (Toilette, Habillage, Toilette, Locomotion, Continence, Repas).



**Conclusion:** Le séjour en réanimation était associé à une altération statistiquement significative de l'autonomie fonctionnelle dans cette cohorte. La pertinence clinique de cette altération reste à préciser.

## P38. EVALUATION DU MEWS SCORE AUX URGENCES

AUTEURS : KAMEL MAJED, RAMLA BACCOUCHE\*, KHEDIJA ZAOUCHE, SOUIDETTE MOUHAMADOU, ASMA BEN HMIDA, HAMIDA MAGHRAOUI, CHOKRI HAMMOUDA, NEBIHA BORSALI FALFOUL

urgence la Rabta

**Introduction :** Le Modified Early Warning score (MEWS) est basé sur des paramètres vitaux simples et rapides à recueillir tels que la température, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la pression artérielle systolique et l'état neurologique. Il a été instauré pour le triage des patients aux urgences pour pouvoir sélectionner ceux dont l'état est grave d'emblée ou qui risque de s'aggraver si une prise en charge adéquate n'est pas entamée. L'objectif de notre étude était d'évaluer la capacité du MEWS score dans la prédiction de la mortalité intra hospitalière indépendamment du diagnostic retenu.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective descriptive menée aux urgences de la Rabta durant 2 mois : du 1<sup>er</sup> juillet 2015 au 31 août 2015. Nous avons inclus dans notre étude, les patients âgés de dix-huit ans et plus consultant les urgences durant la période de l'étude. Nous n'avons pas inclus : les patients âgés de moins de 18ans,

les patients consultant ou admis à l'UHCD pour une pathologie traumatique, les patients sous traitement pouvant modifier la fréquence cardiaque et les patients admis d'emblée à l'UHCD pour insuffisance circulatoire aigue.

**Résultats :** Nous avons colligé 225 patients durant la période de l'étude, l'âge moyen était de 57ans +/- 17,2 avec un sexe ratio H/F égal à 1,36. 3,6% des patients ont été ramenés par les services d'aide médicale urgente (SAMU). 39,6% des patients étaient diabétiques, 19,1% étaient hypertendus et 8,9% avaient des antécédents cardiovasculaires. Trois groupes de patients ont pu être individualisés selon la valeur de leur MEWS : un premier groupe de patients ayant un MEWS ne dépassant pas 2 avec un effectif de 91 patients, un deuxième groupe de patients ayant un MEWS égal à 3 ou 4 avec un effectif de 65 et un troisième groupe de patients ayant un MEWS supérieur ou égal à 5 avec un effectif de 60 patients. Le pourcentage de survivants dans le premier et le deuxième groupe était respectivement de 94,5% et de 92,3% versus 75% des patients dont le MEWS était supérieur ou égal à 5. Durant la période de l'étude, 25 patients étaient décédés à l'hôpital soit 11,6% de notre population, dont 15 avaient un MEWS de 5 au minimum. La différence entre les survivants et les décédés était statistiquement significative avec  $p=0,001$

**Conclusion :** Le MEWS permet de prédire la gravité des patients et peut être utilisé comme outil de triage au niveau des urgences.

## P39. DEVENIR DES MALADES PROPOSÉS POUR HOSPITALISATION EN RÉANIMATION

AUTEURS : BOUJELBENE N, JABLA R, DACHRAOUI F, OUANES I, MARZOUK M, HAMMED H, HACHANI A, BEN LAKHAL H, GHRIBI CH, ABDELLAOUI I, BEN ALI I, BEN ABDALLAH S, OUANES-BESBES L, ABRUG F

Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir.

**Introduction:** Le déséquilibre entre la demande et la possibilité d'admission des patients se pose dans plusieurs services de réanimation, d'où la non admission d'un certain nombre de patients proposés. Le devenir de ces patients non admis a fait l'objet de peu d'études. L'objectif de la présente étude est de décrire le devenir des patients non admis en réanimation.

**Patients et Méthodes:** Il s'agit d'une étude de cohorte observationnelle prospective, réalisée dans le service de réanimation polyvalente de Monastir entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et 30 Aout 2015. Le devenir des patients a été évalué à H48.

**Résultats:** Durant la période d'étude, 320 patients ont été proposés pour admission (72,9% entre 06H et 18H), 54,1% des propositions étaient du service d'urgences de notre hôpital. Parmi les propositions, 105 patients (32,5%) ont été admis. L'âge médian des patients non admis était de 62ans (49 - 75). La non disponibilité de place était le motif de refus le plus fréquent (76,7%), suivie de la gravité jugée très importante dans 12,1% ou non suffisamment importante dans 10%. Parmi les patients refusés, 44% était intubés. Le tableau suivant compare les caractéristiques des patients admis et non admis.

	Patients admis (n = 105)	Patients non admis (n = 215)	P	
Age med (IQR)	62 (42,5-72,5)	62 (49 - 75)	0,551	
Sexe (H/F)	62/43	116/99	0,389	
Etat de base	Charlson score med (IQR)	5 (4 - 8)	5 (3 - 7)	0,051
	Diabète n (%)	77 (73,3)	92 (42,8)	< 0,0001
	HTA n (%)	60 (57,1)	107 (49,8)	0,215
	Néoplasie n (%)	5 (4,8)	34 (15,8)	0,005
	AVC n (%)	15 (14,3)	20 (9,3)	0,180
	Dépendance physique n (%)	18 (17,1)	35 (16,3)	0,841
	Démence n (%)	5 (4,8)	7 (3,3)	0,538
	IDM n (%)	14 (13,3)	33 (15,3)	0,632
BPCO n (%)	43 (41)	86 (40)	0,870	
Défaillance vitale	Défaillance respiratoire n (%)	93 (88,6)	164 (76,3)	0,009
	Défaillance hémodynamique n(%)	30 (28,6)	51 (23,7)	0,349
Intubation n (%)	52 (49,5)	95 (44,2)	0,368	
Mortalité n (%)	24 (22,9)	107 (49,8)	< 0,0001	

A H48, 15,8% sont décédés au service d'origine, 50,7% sont encore dans le service d'origine, 25,1% ont été transférés vers d'autres structures et 7% ont été transférés secondairement à notre service.

**Conclusion:** Parmi les propositions d'admission en réanimation, 2/3 ne sont pas satisfaites. La cause principale de refus était l'insuffisance de places vacantes. Cette décision est associée à une mortalité élevée.

## **P40. FACTEURS PRONOSTIQUES DES PERSONNES AGEES ADMISES EN REANIMATION**

AUTEURS : E RACHDI\*, J GUISSOUMA, H GHADHOUNE, W AZAZA, A BEN SLIMANE, M SAMET, H BRAHMI, H EL GHORD

*Service de réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa Bizerte*

**Introduction :** La demande d'admission des sujets âgés en réanimation ne cesse de croître vu l'augmentation de l'espérance de vie. Le praticien est toujours hésitant quand il s'agit d'un patient âgé nécessitant la réanimation. C'est dans ce cadre qu'on s'est proposé de réaliser un travail concernant les sujets âgés admis en unité de soins intensifs afin de dégager les facteurs pronostiques liés à la mortalité.

**Patients et méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective dans un service de réanimation médicale (service de 6 lits) entre Janvier 2014 et septembre 2015. Cent neuf patients âgés de plus de 65ans ont été inclus. Les données sociodémographiques, les antécédents (ATCD), les données cliniques, biologiques et évolutives ont été évaluées selon une étude statistique descriptive et analytique (univariée et multivariée par régression logistique).

**Résultats :** Les patients âgés représentent 38% de toutes les admissions au cours de la période de l'étude. La médiane d'âge est de 72±6ans. Soixante quatre (58,7%) étaient des hommes avec un sexe ratio de 1,42. Les motifs d'admission les plus fréquents étaient la décompensation de BPCO dans 22% des cas, les états de choc (EDC) dans 19% des cas et les AVC dans 13% des cas. La sévérité du tableau clinique à l'admission était évaluée par IGS2 (moyenne de 48,52), APACHE2 (moyenne de 23,22) et sofa score (moyenne de 7). Les comorbidités les plus rencontrées étaient les ATCD cardiovasculaires dans 71% des cas, le diabète dans 46% des cas, l'insuffisance respiratoire chronique dans 36% des cas et l'insuffisance rénale chronique dans 18% des cas. A l'admission, 27% des patients avaient un GCS≤8, 19% étaient en EDC et 69% en SDRA. Le recours à la ventilation mécanique (VM) était nécessaire dans 78,9% des cas avec une durée moyenne de 8j. 57% des patients ont nécessité les amines vasoactives. L'évolution a été compliquée par un EDC dans 59% des cas, une PAVM dans 27% des cas, une infection liée au cathéter dans 18% des cas et un SDRA dans 8% des cas. Par ailleurs, 22% des patients ont développé des escarres et 3% un délirium. La durée moyenne du séjour est de 10±14 j. La mortalité était de 56,9%. En analyse univariée, les facteurs associés au décès sont les scores IGS2, APACHE2 et sofa élevés, le GCS, le recours à la ventilation mécanique, le cathétérisme (artériel ou veineux), le recours aux amines vasoactives, l'état de choc comme complication évolutive, ainsi que les PAVM et les escarres. En analyse multivariée, les facteurs pronostiques liés d'une façon indépendante à la mortalité sont les PAVM ( $p=0,034$ ) et les états de choc ( $p<10^{-3}$ ).

**Conclusion :** Ni l'âge ni la gravité du tableau initial ne constituent des facteurs prédictifs de mortalité dans notre étude. Cependant, c'est de la qualité de prise en charge et de la prévention des complications évolutives que dépend le pronostic des sujets âgés admis en réanimation.

## **P41. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET ETIOLOGIQUE DES SUJETS AGES ADMIS A LA SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES**

AUTEURS : RBIA E\*, B KAHLA N, SAYHI A, KHELIL A.

*Service des Urgences- SMUR Hôpital Maamouri Nabeul Tunisie*

**Introduction :** Les motifs d'admission des sujets âgés à la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) peuvent être les mêmes que ceux de l'adulte. Le diagnostic chez cette catégorie de patient pose plusieurs difficultés diagnostiques qui entravent de manière constante leur prise en charge. Le but de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique, clinique et étiologique des sujets âgés admis à la SAUV.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective s'étalant sur 36 mois (1er Janvier 2012 au 31 Décembre 2014), incluant 324 patients âgés de plus que 65ans admis à la SAUV pour une pathologie médicale.

**Résultat :** L'âge moyen de nos patients était de 76,65±18,9ans (extrêmes : 65 à 96ans), avec prédominance masculine (SR=2,6). Les antécédents sont dominés par la pathologie cardio-vasculaire (50,92%) essentiellement de type hypertensif (39,8%). Les endocrinopathies occupent le second plan (31,5%). Le diabète est retrouvé chez 30,5% de nos patients. Les motifs d'admission à la SAUV sont dominés par la détresse respiratoire (47,2%) et l'altération de l'état de conscience (38,9%). L'examen clinique a révélé un tableau grave d'emblé dans 47,2%, un coma avec un GCS ≤ 8/15 chez 25%, des signes d'insuffisance respiratoire aigue dans 47,2% et un état de choc dans 21,3%. Les principales étiologies retenues sont essentiellement cardiaque et pulmonaire dans respectivement 33,3%. La durée moyenne de séjour à la SAUV est de 39,18±24,8 h. 82,4% des patients étaient hospitalisés essentiellement à la salle de déchoquage dans 42,6%, seulement 11,1% des sujets âgés étaient admis en réanimation. Le décès était noté de 38,9% dans notre série.

**Conclusion :** La SAUV recrute des sujets âgés souvent multitarés. Les motifs d'admission sont dominés par les détresses respiratoires et neurologiques. L'urgentiste devrait élaborer une démarche diagnostique et une prise en charge adéquate et standardisé en fonction du tableau clinique

## **P42. ANALYSE DESCRIPTIVE DES BRULURES CHEZ LES SUJETS AGES**

AUTEURS : A MOKLINE; C DHRAIEF; I RAHMANI; L GARSALLAH; S TLAILI; B GASRI; R HAMMOUDA; AA MESSADI

*Service de Réanimation des Brûlés, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés, Tunis, Tunisie.*

**Introduction :** La brûlure du sujet âgé pose un problème majeur de santé public et est grevée d'une lourde morbi-mortalité. L'objectif de notre étude était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et les facteurs pronostiques de brûlures chez les sujets âgés hospitalisés en réanimation.

**Méthodes :** Étude rétrospective réalisée au service de réanimation des brûlés de Tunis sur une période de 4 ans (janvier 2009\_décembre 2012). Ont été inclus, tous les patients brûlés ayant un âge supérieur à 60ans admis en réanimation des brûlés.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 1417 malades ont été hospitalisés dont 144 patients ont répondu aux critères d'inclusion, soit une fréquence de 10% des admissions. L'âge moyen était de  $73 \pm 8$ ans, avec un sexe ratio de 0,8 (63H/81F). Il s'agissait d'un accident domestique dans la quasi-totalité des cas (90%), d'origine thermique dans 97% des cas. Quarante-huit pourcent des patients ont été transférés secondairement avec un délai moyen de 72 h post brûlure. Le pic de fréquence de survenue des brûlures était la période hivernale (38%). Notre population était multi tarée : diabète (n=38), HTA (n=30) et cardiopathie (n=16). La SCB était de  $25 \pm 22\%$  avec un UBS de  $56 \pm 74$ , un ABSI de 8 et un IB de  $98 \pm 23$ . Les brûlures intéressaient essentiellement les membres, inférieurs (76%) et supérieurs (74%), et la région cervico-faciale (57%). L'atteinte pulmonaire était survenue dans 17% des cas confirmée par une fibroscopie bronchique chez 9 cas. Cinquante-trois patients ont eu recours à l'intubation ventilation mécanique avec une durée moyenne de ventilation de 5 jours (1-30 j). Nos patients ont présenté un état de choc hypovolémique à l'admission dans 22% des cas. Plusieurs complications ont émaillé l'évolution de nos malades : un état de choc (46%), une insuffisance rénale aiguë (40%) et une complication thromboembolique (11%). La mortalité était de 43%, survenant en moyenne à J12 post brûlure, en rapport essentiellement avec un état de choc septique (67%). Dans notre étude, nous avons pu identifier des facteurs de mauvais pronostic corrélés à la mortalité chez le patient brûlé âgé : le transfert secondaire, l'inhalation de fumée, le SDRA, le sepsis, la ventilation mécanique (VM), l'insuffisance rénale aiguë et les états de choc septiques.

**Conclusion :** La brûlure du sujet âgé demeure fréquente (10%) et grave avec une mortalité plus élevée que la population générale (40% vs 23%).



## THEME : HEMODYNAMIQUE

**P43. EMBOLIE PULMONAIRE AIGUE MASSIVE COMPLIQUEE D'UN ARRET CARDIAQUE: DIFFICULTE DIAGNOSTIQUE ET PRISE EN CHARGE EN MILIEU DE REANIMATION CHIRURGICALE**

AUTEURS : M. ADELMOULA\*, A. CHAKROUN, L. STAMBOULI, M. BEN ALI, K. SASSI, F. HAFI, M. HAMDANE, S. CHAKROUN, M. FERJAOUI, B. SELLAMI, T. ZAOUALLI, F. BEN SALEM, M. GAHBICHE

*Service d'anesthésie réanimation FB Monastir*

**Introduction :** L'embolie pulmonaire aigue (EPA) est une complication grave associée à une morbi-mortalité élevée. Le tableau clinique n'est pas spécifique et la confirmation diagnostique de l'EPA peut se prêter à des difficultés en fonction de l'état clinique du patient. La prise en charge thérapeutique dépend de la gravité du tableau clinique et des données para cliniques. Dans de rares cas, les formes de gravité intermédiaire peuvent être confondues aux formes graves avec manifestation hémodynamique brutale vers l'arrêt cardiaque. Nous rapportons à travers un cas d'EPA compliquée d'un arrêt cardiaque brutal.

**OBSERVATION :** Patient âgé de 28ans sans antécédents pathologiques notables, tabagique (30 PA), victime d'une agression occasionnant des plaies multiples (doigts, jambes). Son examen à l'admission au service d'orthopédie: apyrétique, obèse morbide, état cardiorespiratoire correct : Tension artérielle (TA) à 120/80mmHg, pouls à 80-85batt/min, eupnéique (Fréquence respiratoire (FR) à 18 cycles/min, auscultation cardio-pulmonaire normale. Aucune symptomatologie fonctionnelle n'a été rapportée par le patient. On note, de multiples plaies superficielles et étendues des deux mollets. La biologie initiale était sans anomalies. Le patient a reçu initialement : antibiothérapie, sérum antitétanique sans thromboprophylaxie (TBP). L'exploration chirurgicale (parage-suture des plaies) était décidée 48 heures après son admission. Le médecin anesthésiste de garde était alors sollicité pour assurer l'anesthésie du patient. L'évaluation préanesthésique trouve un patient, algique (douleurs thoraciques type oppression survenues dès sa mobilisation sur table opératoire).

**L'examen clinique :** conscient GCS à 15, sueurs profuses, Saturation pulsée en Oxygène (SpO<sub>2</sub>) à l'air ambiant à 97%. TA=15/08, FC=100bpm, sans signes périphériques de choc, auscultation cardio pulmonaire normale avec apyrexie, odeur fétide des lésions cutanées.

**A L'électrocardioscope :** sous décalage ST en antérieur étendu, tachycardie sinusale. Devant ce contexte nous avons évoqué le diagnostic d'EPA. Nous avons pratiqué un électrocardiogramme (ECG) : rythme régulier sinusal à 120 batt/min, bloc de branche droit complet, sous décalage ST en antérieur étendu (V1-V6). Le taux des Troponines était négatif, le Brain Natriuritic peptid (BNP à 4,19ng/l) D-Dimères non dosés (réactif non disponible). La gazométrie artérielle à l'air ambiant (AA) : hypocapnie avec hypoxie. Devant ces arguments, le diagnostic de l'EPA était fortement évoqué. L'héparine standard à dose curative était administrée en intraveineux avec remplissage vasculaire oxygénothérapie au masque La confirmation par angioscanner thoracique n'a pas pu être réalisée (par panne technique). Une écho cœur (EC) demandée au chevet du patient jugé non transportable mais non réalisée vu l'absence à notre disposition d'un échographe. Lors de la mobilisation prudente du patient pour transfert en réanimation survenue brutale d'une bradycardie isolée à 55bat/min résolutive après un bolus d'atropine suivie d'un 2<sup>ème</sup> épisode de bradycardie avec altération de l'état de conscience et compliqué d'un arrêt cardiaque non récupéré après réanimation adaptée. Patient décédé et une autopsie confirmait le diagnostic d'EPA massive.

**Discussion :** La confirmation du diagnostic de l'EPA peut être de réalisation difficile en raison de l'instabilité de l'état du patient et /ou de la non disponibilité de l'examen clé. Le rôle majeur de l'EC pour poser le diagnostic prévoir un pronostic immédiat pouvant guider une thérapeutique invasive.

**P44. EMBOLIE PULMONAIRE AIGUE POSTOPERATOIRE APRES CHIRURGIE ABDOMINALE : DEMARCHE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE**

AUTEURS : BEN ALI. M\*(1), STAMBOULI.MANSALI. L(1), HAFI. F(1), BEN MASSOUD. M(2), SASSI.K(1), ABDELMOULA. M(1), CHAKROUN. A(1), CHAKROUN. S(1), HAMDANE. M(1), BENSALAM. F(1), GAHBICHE. M(1)

<sup>1</sup> Service d'Anesthésie-Réanimation EPS Fattouma Bourguiba Monastir

<sup>2</sup> Service de Cardiologie A EPS Fattouma Bourguiba Monastir

**Introduction :** L'embolie pulmonaire (EP) est la manifestation la plus grave de la maladie thrombo embolique veineuse. Dans plus de 90% des cas, elle naît dans les veines profondes des membres inférieurs (TVP). La chirurgie et la période postopératoire sont des facteurs de risque thromboembolique majeurs. La chirurgie abdominale lourde (carcino, colectomies lors des colites inflammatoires) ou urgente expose à un risque thromboembolique modéré à sévère. En postopératoire, les symptômes et signes cliniques de la TVP comme de l'EP sont moins francs que chez le sujet ambulatoire. Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques chez les patients ayant une embolie pulmonaire postopératoire (EPP) dans les suites de chirurgie digestive lourde.



**Patients et méthodes :** Notre étude est rétrospective descriptive réalisée au service d'anesthésie-réanimation chirurgicale du CHU Monastir portant sur tous les dossiers des patients admis pour EPPO sur une période de 13 ans (janvier 2000-décembre 2012). L'EPPO était confirmée par un angio-scanner thoracique montrant un embole segmentaire ou proximal et/ ou par une échographie veineuse des membres inférieurs montrant une TVP (thrombose veineuse proximale) et/ ou une scintigraphie pulmonaire de forte probabilité (au moins 2 défauts segmentaires de perfusion couplés à une ventilation normale dans ces territoires). Nous n'avons pas retenu les dossiers des patients ayant une faible probabilité clinique avec un angioscanner et une écho-doppler veineux des membres inférieurs négatifs et les patients décédés à l'admission par manque de données. Nous avons recueilli les données démographiques, cliniques (facteurs de risque thromboembolique, symptomatologie fonctionnelle, signes physiques), paracliniques (données de l'électrocardiogramme (ECG), de la radiographie (Rx) du thorax, de la gazométrie artérielle (GDS), des D-dimères, de l'écho-doppler veineux (EDV) des membres inférieurs, de l'échocardiographie trans-thoracique (ETT), de la scintigraphie pulmonaire et de l'angioscanner thoracique), ainsi que les données thérapeutiques et évolutives.

**Résultats :** Nous avons colligé 17 cas d'EPPO après chirurgie abdominale lourde. La dyspnée (3 cas) et la douleur thoracique (3 cas) étaient les principaux motifs d'admission. Les signes physiques étaient dominés par la tachycardie (7 cas) et la polypnée (3 cas). Les anomalies électriques étaient retrouvées chez 13 patients (76,5%). La radiographie du thorax était pathologique dans 8 cas. La gazométrie artérielle a fréquemment révélé une hypoxie (76,5%) et/ ou une hypocapnie (35,3%). Les D-dimères étaient élevés dans 6/17 cas (11%). L'EDV des membres inférieurs réalisée dans 9 cas a montré une thrombophlébite profonde chez 5 patients. L'ETT était pathologique dans 7 cas (41,2%). La scintigraphie pulmonaire, réalisée chez 3 patients, était en faveur d'une forte probabilité diagnostique dans tous les cas. L'angio-scanner thoracique était positif chez 14 patients (82,9%). Le traitement par héparine non fractionnée était administré dans 11 cas versus 6 cas de HBPM. La thrombolysé était réalisée chez un patient présentant des signes de choc. La mortalité hospitalière était dans 2 cas (11,8%).

**Conclusion :** La prise en charge de l'EPPO après chirurgie abdominale lourde a été basée sur l'utilisation des techniques non invasives et le recours à l'héparinothérapie dans les formes non graves.

## **P45. EMBOLIE PULMONAIRE AIGUE EN MILIEU DE REANIMATION: ROLE DE L'ECHOCARDIOGRAPHIE A VISEE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE**

AUTEURS : HAFI.F<sup>(1)</sup>, STAMBOULI.L<sup>(1)</sup>, BENALI.M<sup>(1)\*</sup>, BEN MASSOUD.M<sup>(2)</sup>, CHAKROUN.S<sup>(1)</sup>, HAMDENE.M<sup>(1)</sup>, HASSINE.M<sup>2</sup>, CHAKROUN.A<sup>(1)</sup>, ABDELMOULA.M<sup>(1)</sup>, BENSALAM.F<sup>(1)</sup>, GAHBICHE.M<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> Service d'Anesthésie-Réanimation EPS Fattouma Bourguiba Monastir

<sup>2</sup> Service de Cardiologie A EPS Fattouma Bourguiba Monastir

**Introduction :** Le diagnostic d'embolie pulmonaire (EP) aigue est souvent difficile, en particulier en milieu de réanimation. Les symptômes cliniques peuvent être confondus avec d'autres troubles pulmonaires ou cardiaques aigus. Une échocardiographie (EC) est fréquemment réalisée devant une suspicion diagnostique de l'EP, soit pour déterminer les conséquences hémodynamiques de l'EP, pouvant nécessiter un traitement plus agressif. Elle permet, en outre, de stratifier les patients en fonction du risque et d'orienter ainsi le traitement. Le but est de décrire les caractéristiques échographiques ainsi que l'évolution chez les patients atteints d'EP.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective descriptive réalisée sur une période de 10 ans colligeant tous les dossiers des patients admis pour EP aigue. Le diagnostic était confirmée par un angio-scanner thoracique (AGT) montrant un embole segmentaire ou proximal et/ ou par une écho-doppler veineuse (EDV) des membres inférieurs objectivant TVP (thrombose veineuse proximale). Nous avons recueilli les données cliniques (facteurs de risque thromboembolique, symptomatologie fonctionnelle, signes physiques), paracliniques (électrocardiogramme (ECG), radiographie du thorax (Rx), gazométrie artérielle (GDS), bilologiques, EDV des membres inférieurs, échocardiographie trans-thoracique (ETT), AGT et thérapeutiques et évolutives.

**Résultats :** Nous avons colligé 146 cas d'EP aigue. L'âge moyen était 58ans±18ans (18-92ans), sexe ratio 0.78. Les comorbidités (83 cas) dominées par l'HTA, Diabète et antécédents thromboemboliques. L'association de tares était notée dans 40 cas. Le contexte postopératoire était le plus dominant (51 cas). La détresse respiratoire était le motif d'admission principal (58,2%). La détresse hémodynamique était relevée dans 14 cas. La dyspnée (116 cas) et la douleur thoracique (81 cas) étaient les principaux motifs d'admission. Les signes physiques étaient dominés par tachycardie (75%) et polypnée (50%). Une hypotension (systolique  $\leq$  90 mmHg) et des signes d'insuffisance cardiaque droite (ICD) respectivement dans 14 et 30 cas. Des signes de TVP notés dans 53 cas. Les anomalies ECG étaient retrouvées dans 82,2%. La radiographie du thorax était pathologique dans 103 cas. Une hypoxie (76,5%) et/ ou une hypocapnie (35,3%) à la GDS. Les DDimères dosés chez 103 patients (aux positifs dans 92 cas). 14/20 cas avaient un taux positif des troponines. L'EDV réalisée chez 104 patients montrant une thrombophlébite profonde (61 cas) proximale (30 cas). L'ETT pratiquée chez 65 patients (44,5%) était pathologique dans 52 cas : Hypertension artérielle pulmonaire (47 cas), dilatation des cavités droites (46 cas) et thrombus intracavitaire droit (5 cas). L'AGT, pratiqué chez 95 malades (76,8%), en faveur d'un siège proximal de l'obstruction dans 52 cas (58,4%) et d'une atteinte bilatérale chez 41 patients (46%). L'héparinothérapie non fractionnée était administré dans 99 cas et

les HBPM dans 47 cas. La thrombolyse était réalisée chez 11 patients (instabilité hémodynamique (7cas), CPA (à l'ETT (4cas). La durée moyenne du séjour était de  $7 \pm 5j$ . La mortalité hospitalière était de 11% (16 cas).

**Conclusion :** L'échocardiographie occupe une place prépondérante dans la prise en charge diagnostique, thérapeutique de l'EP. Elle intervient aussi dans la stratification de ces patients en fonction du risque permettant alors d'établir leur pronostic à court terme.

## **P46. EMBOLIE PULMONAIRE COMPLIQUÉE D'UN ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE : INDICATION À LA FIBRINOLYSE : À PROPOS D'UN CAS EN PRÉ HOSPITALIER**

AUTEURS : BEL HAJ ALI K\*, JAOUADI A , KAMOUN M , KRAIEM H , NAIJA M , CHEBILI N  
 CHU sahloul Sousse SAMU 03

**Introduction :** La place actuelle des agents thrombolytiques chez les patients souffrant d'embolie pulmonaire aiguë reste largement débattue. Les agents thrombolytiques entraînent une lyse du caillot pulmonaire plus rapide que l'héparine seule, aboutissant à une amélioration rapide des paramètres hémodynamiques. En revanche, les effets secondaires potentiellement graves de ces molécules (hémorragies intracérébrales essentiellement) en limitent l'utilisation. D'après les recommandations de la réanimation cardio-pulmonaire avancée, la thrombolyse est indiquée en per arrêt quand le diagnostic d'embolie pulmonaire est évident.

**Cas clinique :** Il s'agit d'un monsieur âgé de 37ans sans antécédents médicaux, opéré une semaine avant pour fracture du tibia, patient mis sortant sous HBPM à dose préventive qu'il n'a pas pris. Il a consulté aux urgences de Msaken. Pour dyspnée avec douleur thoracique type constriction sans autre signe associé. L'examen initial a révélé un patient conscient, rapidement présenté un arrêt cardiorespiratoire suite à une TV puis asystolie récupéré au bout de 7 minutes (MCE+ 2mg d'adrénaline). Il a reçu 50mg d'héparine et un remplissage à base de sérum salé isotonique a été débuté. A l'arrivée l'équipe SMUR, le patient était inconscient intubé ventilé sédaté TA à 8/6. À l'ECG : RRS à 125 S1Q3 avec BBD complet il a été mis sous adrénaline 1mg/h. Le patient a présenté un 2<sup>ème</sup> arrêt récupéré après 2min suivi d'un passage en TSV puis d'un 3<sup>ème</sup> arrêt récupéré au bout d'une minute. Devant la forte suspicion clinique d'embolie pulmonaire, on a décidé de pratiquer une thrombolyse par la tenecteplase à dose de 7000 UI faite sans incidents et le patient est resté stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Le complément d'explorations fait comprenait une échographie cardiaque et un angioscanner thoracique sans anomalies alors que l'échographie doppler des membres inférieurs a montré une thrombose de l'artère fibulaire et tibiale postérieure ce qui a apporté la confirmation diagnostique et la preuve de l'efficacité de la thrombolyse dans ce cas.

**Discussion :** Même en l'absence d'AMM pour la thrombolyse de l'embolie pulmonaire, la tenecteplase en bolus paraît efficace, particulièrement devant un arrêt cardiaque d'après ce cas. Cette hypothèse mérite d'être confirmée par une étude à grande échelle afin de valider son utilisation pour sauvetage en pré hospitalier et aux urgences.

## **P47. EMBOLIE PULMONAIRE D'ORIGINE SEPTIQUE. UNE NOUVELLE OBSERVATION**

AUTEURS : RIDEN N, BEN DAHMEN F<sup>(1)</sup>, AMMAR Y, BOUZEIDI K<sup>(2)</sup>, SKOURI I, SAYHI A, B MEFTEH N, RBIA E, MEKKI M, JALLOULI R, KHELIL A.

Service et Hôpital : Services des urgences -SMUR,HMTM Nabeul.

(1) Service de médecine interne, Hôpital régional de Ben Arous, Tunisie.

(2) service de radiologie HMTM Nabeul.

**Introduction :** L'embolie pulmonaire septique (EPS) est une affection rare et grave. Le tableau clinique est pauvre, non spécifique associant une fièvre avec ou sans signes respiratoires. Nous rapportons une nouvelle observation d'embolie pulmonaire d'origine septique.

**Observation :** Il s'agit d'un patient âgé de 36 ans sans antécédents pathologiques, tabagique à 10 PA. Il a été hospitalisé le 19 Mai 2014 au service de pneumologie pour une pneumopathie infectieuse traité par vibramycine avec bonne évolution clinique, biologique et radiologique. Le patient a consulté nos urgences le 30 Mai 2014 pour dyspnée au repos et des douleurs thoraciques. L'examen à l'admission trouve un patient apyrétique (il a pris du paracétamol à domicile). La spo2 à 97% à l'air ambiant TA à 110/70mmHg, FC à 100/min, RR à 28C/min, mollets souples. Le reste de l'examen a été sans particularités. L'ECG a objectivé une tachycardie sinusale à 100/min et des ondes P pulmonaires. La biologie : D-Dimères à 7600 ng / L avec SIB (CRP à 76mg/L, GB à 20000/mm<sup>3</sup>). La gazométrie a conclu à Une hypoxémie (Pao2 = 54 mm Hg) et une hypocapnie (Paco2 à 32mm Hg). Le reste du bilan biologique a été normal. La radio-thorax a objectivé une opacité hétérogène localisée au niveau du 1/3 inférieur du champ pulmonaire droit avec une pleurésie gauche de faible abondance et une atélectasie en bande basale gauche. La tomodensitométrie thoracique a montré la présence d'une embolie pulmonaire proximale lobaire supérieure et du Fowler droit. Il existait également, une condensation parenchymateuse lobaire moyenne et inférieure bilatérale et un épanchement pleural gauche. L'échographie cardiaque et le doppler veineux des deux membres inférieurs étaient normaux. Le diagnostic d'EPS a été retenu (devant : fièvre, signes respiratoires et les données tomodensitométriques). Le patient a été admis dans le service de pneumologie, il a été mis sous

double antibiothérapie (Augmentin : 1g x3 et Clarid 500 : 1cp x 2) et anticoagulation, puis transféré au service de réanimation. L'évolution a été favorable.

**Conclusion :** L'EPS est une affection rare. Le diagnostic repose sur les données cliniques, biologiques et scannographiques. Le pronostic vital peut être mis en jeu nécessitant alors un diagnostic précoce et un traitement adéquat.

## **P48. EMBOLIE AMNIOTIQUE COMPLIQUANT UNE INTERRUPTION MEDICALE DE LA GROSSESSE**

AUTEURS : F MEDHIOUB; M ZEKRI\*; K RGAIEG; O TURKI; A CHAARI; N BACCOUCH; H CHELLY; M BAHLOUL; C BEN HAMIDA; M BOUAZIZ

Service de Réanimation Médicale, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

**Introduction :** L'embolie amniotique (EA) est une pathologie grave et l'une des premières causes de mortalité des patientes obstétricales. Elle survient souvent pendant le travail ou tout de suite après l'accouchement. L'originalité de cette observation est liée aux circonstances de survenue, au décours d'une interruption médicale de la grossesse et à la positivité des marqueurs de l'EA.

**Observation :** Une patiente de 35 ans, 2<sup>ème</sup> geste, nullipare, porte un fœtus pour lequel l'échographie à la 22<sup>ème</sup> SA a mis en évidence un aspect évoquant un tératome d'où l'indication d'une interruption thérapeutique de la grossesse. Le déclenchement était obtenu par prise de prostaglandines et d'anti-hormone bloquant les récepteurs à la progestérone suivie d'une rupture de la PDE sous anesthésie péridurale. La révision utérine s'accompagnait d'une hypoxie (SpO<sub>2</sub> à 70% sous 100% de FiO<sub>2</sub>), d'une instabilité hémodynamique (FC à 140 batt/min et PA à 70/30 mmHg) et d'un état de coma. On a procédé à une expansion volumique (500 ml sérum physiologique), à l'administration de la Noradrénaline (1 mg/h) et à la l'intubation orotrachéale. On a objectivé une hémorragie d'origine intra-utérine 15 mn après. L'échographie ne trouvait pas d'hémopéritoine et montrait une vacuité utérine. L'examen sous valve montrait un saignement d'origine intra-utérin et cervical. Une sonde de Folley était mise en place en position intra-utérine ainsi que trois mèches vaginales. A la biologie, une CIVD (TP à 15%, un fibrinogène < 0,1 g/l, taux plaquettes à 76 000 E/mm<sup>3</sup>) et un taux d'hémoglobine à 4,6 g/dl. La patiente était transfusée par 8CGR, 6PFC et 10CP. L'EA était fortement suspecté. On a procédé, avant l'administration de la transfusion et à H6 d'évolution, à une étude cytologique du prélèvement veineux périphérique et du liquide de LBA maternel, au dosage sanguin de la tryptase et de l'alpha-fœtoprotéine (AFP). L'évolution était marquée par l'arrêt du saignement et la stabilité des constantes hémodynamiques et respiratoires. L'étude cytologique montrait la présence de squames épithéliales. La tryptasémie réalisée lors de l'incident initial était normale (< 5 µg/l) alors qu'elle était à 7 µg/l à H6. L'AFP était augmentée lors du 1<sup>er</sup> prélèvement (43 µg/l) alors que normale lors du 2<sup>ème</sup> (19 µg/L).

**Discussion :** La plupart des observations d'EA font état de grandes catastrophes obstétricales. Elle est suspectée chez une femme présentant, au cours du travail ou dans les 48H suivant l'accouchement, un ou plusieurs des symptômes suivants: un collapsus cardio-vasculaire, une détresse respiratoire, des convulsions et/ou un coma et une CIVD. La présence de cellules fœtales et /ou d'éléments du LA après aspiration à travers un cathéter pulmonaire artériel était jugée comme pathognomonique d'EA, jusqu'à ce qu'on montre que ces éléments pouvaient être présents dans la circulation maternelle en l'absence d'EA. D'autres substances dans le sang périphérique ont été suggérées comme marqueurs d'EA dont la tryptase et l'AFP.

**Conclusion :** Le diagnostic d'EA est difficile à établir en raison de sa rareté et de sa variabilité clinique. Notre observation indique qu'une EA pourrait survenir à un terme précoce et montre l'importance des marqueurs biochimiques qui peuvent apporter des arguments au diagnostic

## **P49. ETAT DE CHOC HEMORRAGIQUE EN OBSTETRIQUE DANS LA MATERNITE DE NABEUL: A PROPOS DE 20 CAS**

AUTEURS : FENINA EMIRA\*, KHALAF.FERDAWS, MAHMOUD SAHAR, HAJBI GHASSEN, MRAZGUIA CHAOUKI, AJILI AMJAD

Maternité de Nabeul

**Introduction :** l'état de choc (EDC) en obstétrique est une complication gravissime. Il est à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité maternelle importante. L'objectif de cette étude est d'évaluer son incidence dans notre maternité, chercher ses facteurs favorisants et déterminer si l'EDC aurait pu être évitable afin d'en tirer des mesures préventives.

**Matériels et méthodes :** Etude rétrospectif portant sur 20 patientes ayant eu un EDC dans notre maternité sur une période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012

**Résultats :** sur 5240 accouchements déroulés en une année, 20 cas d'EDC hémorragique ont été dénombrés, soit une fréquence de 3.8 pour mille accouchements. L'âge moyen était de 30ans. La parité moyenne était de 3.2 avec une prédominance des patientes multipares (65%). La grossesse était non ou mal suivie chez 85% des patientes. Trois patientes (15%) ont bénéficié d'au moins 5 consultations prénatales. Dans 41,8% des cas on n'a pas noté de pathologie gravidique. Aucun facteur de risque n'a été retrouvé dans 35% des cas (7 patientes). Cinq cas (25%) présentaient

plus d'un seul facteur de risque. Les patientes ont accouché par voie basse dans 75% des cas et par césarienne dans 25% des cas. L'étude du déroulement du travail n'était possible que chez 17 patientes: 6 patientes (30%) n'étaient pas en travail, 9 patientes (45%) étaient en travail spontané. Le travail était déclenché chez 2 patientes (10%). La durée du travail était supérieur à 12 h dans 4 cas (20%). Le choc hémorragique était plus fréquent au cours du post-partum immédiat (65%). Le délai moyen de découverte de l'hémorragie était de 45 min. Un cas d'hémorragie grave du postpartum tardive survenant à J22 nécessitant une hystérectomie d'hémostase devant l'altération de l'état général a été noté. La quantité du saignement a été estimée de façon approximative: une moyenne de 1440 ml. Les étiologies étaient par ordre de fréquence décroissante: l'inertie utérine (45%), l'hématome rétro placentaire (20%), placenta accréta (15%), la rupture utérine (10%) et les déchirures périnéales (10%). Le recours à la transfusion sanguine était nécessaire chez toutes les patientes. Le nombre moyen de culots globulaires transfusés était de 5. Toutes les patientes ont été transfusées par du PFC, la quantité moyenne de PFC était de 5. Quatre patientes ont reçu des culots plaquettaires.

Une hystérectomie d'hémostase était nécessaire pour 25% des patientes. La CIVD était la complication la plus fréquente dans 20% des cas. Un seul cas de décès maternel a été déploré. On estime que cette complication a pu être évitée dans un bon nombre de cas si le diagnostic d'hémorragie était plus précoce et/ou la conduite était plus appropriée.

**Conclusion :** l'amélioration du pronostic du choc hémorragique dépend de la rapidité du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique. La prévention passe par un dépistage précoce des facteurs e risques et la surveillance rigoureuse des grossesses et des accouchements.

## **P50. PROGNOSTIC VALUE OF ELECTROCARDIOGRAPHIC ABNORMALITIES IN PATIENTS WITH ACUTE PULMONARY EMBOLISM**

AUTEURS : CHEIKH BOUHLEL M, KHEDHER A, MEDDEB K, AZOUZI A, HAMDAOUI Y, AYACHI J, BRAHIM W, BOUNEB R, BOUSSARSAR M  
*Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital. Sousse, Tunisia*

**Background:** Acute pulmonary embolism (APE) is a rare life-threatening complication. Prognosis prediction often challenges the clinician, even assisted with different scores. Electrocardiographic (EKG) abnormalities, even polymorphous and with poor specificity have not been widely investigated in this issue. Objective: To assess the prognostic value of EKG abnormalities in patients with acute pulmonary embolism.

**Methods:** We performed a retrospective analysis including all patients admitted to ICU between 2004 and 2014 with a confirmed diagnosis of APE. Patients' characteristics were recorded especially regarding catecholamine's use, ventilator support and vital status at discharge. Pulmonary Embolism Severity Index (PESI), proposed by the European Society of Cardiology, was calculated. Patients with PESI class  $\geq 3$  were considered with high early mortality risk. First available EKG records were used for analysis to identify signs of right ventricular strain, arrhythmias and repolarization disorders.

**Results:** Twenty eight patients with APE were collected. Mean age was  $54.6 \pm 19.2$  years. Fifteen patients (53.6%) had high risk of early mortality (PESI class  $\geq 3$ ). Fourteen (50%) had received mechanical ventilation and 15 (53.6%) had received catecholamines. Mean ICU stay was  $5.39 \pm 4.74$  days. Thirteen patients (46.3%) died in the ICU. There was no significant difference between deaths and survivals regarding EKG abnormalities. However, arrhythmia was more frequent in patients with high PESI ( $p=0.007$ ). Multivariate analysis failed to identify any independent electric predictor of ICU mortality probably because of the small sample size.

**Conclusion:** In a selected population of APE critically-ill patients, EKG abnormalities failed to demonstrate any prognostic predictive value. Severe APE as assessed by PESI was associated with supraventricular arrhythmias.

## **P51. CRISE CONVULSIVE REVELANT UN SYNDROME DE QT LONG : A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : GHZEL R\*, BECHA I, KHROUF M, MRAD O, ZEGLAOUI L, METHAMEM MEHDI  
*Service des urgences hôpital universitaire Farhat Hached Sousse*

**Introduction:** Le syndrome de QT long est une maladie rare caractérisée par l'allongement de la phase de repolarisation ventriculaire (QT au delà de 0,44 secondes). Il présente une variété d'étiologies congénitales ou acquises mettant en jeu le pronostic vital par le risque de survenue de troubles de rythme grave (torsade de pointe, FV et TV). Une des manifestations cliniques révélatrices rare est la crise convulsive qui peut être prise sur le compte d'autre diagnostic dans environ 35 % des cas.

**Observation :** Nous rapportons l'observation d'une jeune de 23ans, admise dans le service des urgences Farhat Hached Sousse au mois d'Aout 2015 pour des crises convulsives itératives type absence. L'examen physique en post critique était normal en particulier : pas de fièvre, de déficit neurologique ou d'anomalie de la glycémie capillaire. la biologie de routine montrait une hypokaliémie à 2.7mmol/l. Le scanner cérébral était sans anomalies. L'ECG initial trouvait un espace QT allongé à 0.56s. Une heure après son admission, la patiente a présenté une



crise convulsive tonico-clonique généralisée avec fuite d'urine et cyanose concomitante à un passage en TV sans pouls. Une réanimation cardio-pulmonaire adéquate avec recours à 04 CEE a permis la récupération d'une activité électrique sinusale au bout de 40min avec un espace QT toujours allongé. Une recherche étiologique était ensuite entamée en milieu de réanimation puis de cardiologie : bilan toxicologique revenu négatif, l'échographie cardiaque était normale, en particulier pas de valvulopathies, de signe de dysplasie du VD avec une FEVG à 66%, le dépistage de QT long chez le père était négatif... Devant la persistance d'une hypokaliémie avec hypomagnésémie à 0.2 mmol/l un bilan urinaire a été pratiqué montrant une hypocalciurie en faveur d'une tubulopathie distale cadrant avec le syndrome de Gitelman. Une supplémentation potassique était donc prescrite permettant la normalisation de l'espace QT, et la malade était proposée pour la pose d'un défibrillateur automatique implantable.

**Conclusion :** Notre cas illustre l'importance de pratiquer un ECG devant une crise convulsive surtout chez les jeunes avec un historique de mort subite familiale. Le risque majeur étant la survenue de troubles de rythme ventriculaire graves.

## **P52. OUTCOMES IN PATIENTS PRESENTING WITH ACUTE FULMINANT MYOCARDITIS (FM) IN A NONINVASIVE TUNISIAN ICU**

AUTEURS : SBOUII G, BOUNE R, NOUIRA H, BAROUDI J, BRAHIM W, AZOUZI A, NOUIRA H, KHEDHER A, BOUSSARSAR M

Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital. Sousse, Tunisia

**Introduction:** Fulminant myocarditis (FM) is an inflammatory process that occurs in the myocardium and causes acute-onset heart failure. If patients with fulminant myocarditis are aggressively supported in a timely manner, nearly all can have an excellent recovery. Aim : To analyze outcomes and therapeutic modalities in patients admitted to ICU with acute fulminant myocarditis.

**Methods:** Retrospective analysis of all patients admitted to ICU with FM between January 2009 to December 2014. Were analyzed patients characteristics according to clinic presentation, treatments and outcomes.

**Results:** 6 patients were identified to have FM on the basis of clinical presentation and echocardiography findings. Patient's characteristics are displayed on the table below.

**Commentary:** In the present study, patients with FM were rather young with no underlying cardiac disease. They all experienced refractory shock leading to death rapidly. Only one had ECMO.

Patients	1	2	3	4	5	6
Year	2009	2010	2012	2014	2014	2014
Age(yrs)	48	36	51	38	17	42
Gender	Male	Male	Female	Female	Male	Male
Prodromal phase(days)	1	2	2	3	1	3
ICU admission delay(days)	2	3	1	2	2	4
EKG abnormalities	Ventricular tachycardia	Supra ventricular tachycardia	ST-segment depression	Sinus Tachycardia	ST-segment elevation	Tachycardia ST abnormalities
Troponin(µg/ml)	36	28	15	10	>75	30
Lactate(mmol/l)	7	9	18	7	10	12
LVEF(%)	41	24	15	30	40	25
SAPSII	61	56	42	36	28	54
Shock	+	+	+	+	+	+
MV	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes
ECMO	No	No	No	No	No	D4
Vasoactive drugs (µg/kg/min)	epinephrine 3.4	epinephrine 2.9	epinephrine 3.3	epinephrine 2.9	nor- epinephrine 0.5	epinephrine 4.8
Infection etiology	H1N1	unidentified	Influenza A	unidentified	Meningo coccemia	unidentified
Length of stay(days)	4	4	4	15	7	2
Death	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes

## **P53. SYNDROME DE MEADOWS OU CARDIOMYOPATHIE DU POST-PARTUM : A PROPOS D'UNE OBSERVATION**

AUTEURS : MEKKI M\*, B HADJ ALI M, B MEFTEH N, RBIA E, B KAHLA N, SAYHI A, KHELIL A.

Service des Urgences- SMUR Hôpital Maamouri Nabeul Tunisie

**Introduction :** Le syndrome de meadows ou cardiomyopathie du post-partum (CMPP) est une pathologie rare et méconnue. Il est défini comme une insuffisance cardiaque systolique survenant le dernier mois de la grossesse ou les cinq premiers mois du post-partum en l'absence d'étiologie connue ou de cardiopathie préexistante

**Observation :** Nous rapportons l'observation d'une femme âgée de 31 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, GIPI, a consulté nos urgences pour dyspnée d'installation récente 03 mois après son accouchement.

L'examen clinique a trouvé : TA 140/90 mmHg, tachycardie, polypnée avec orthopnée, des râles crépitant diffus aux deux champs pulmonaires, pas de signes d'insuffisance cardiaque droite. L'électrocardiogramme a montré une tachycardie sinusale. La radiographie du thorax a objectivé un syndrome alvéolaire. La gazométrie sanguine a trouvé : Ph=7,36, PCO<sub>2</sub>=31, PO<sub>2</sub>=58, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>=16,8, SaO<sub>2</sub>=88%. L'échocardiographie cardiaque a mis en évidence un ventricule gauche de taille normale avec FEVG altérée à 33%. La patiente a été mise sous VNI, diurétique et dérivés nitrés puis elle a été hospitalisée au service de réanimation. L'évolution a été marquée par une nette amélioration clinique et échographique.

**Conclusion :** Le tableau clinique de la CMPP est similaire à celui d'une insuffisance cardiaque systolique. Le traitement est essentiellement symptomatique. Le risque de récurrence au cours des grossesses ultérieures reste élevé

## **P54. LA MYOCARDITE AIGUE : DIAGNOSTIC TOUJOURS DIFFICILE**

AUTEURS : SAYHI A\*, RBIA E, B KAHLA N, B MEFTCH N, MEKKI M, KHELIL A

*Service des Urgences- SMUR Hôpital Maamouri Nabeul Tunisie*

**Introduction :** La myocardite est une affection inflammatoire du myocarde dont le diagnostic reste encore difficile. Le tableau clinique est variable, allant d'une anomalie électrique asymptomatique, à une défaillance cardiaque fulminante, en passant par des manifestations cliniques d'un infarctus de myocarde. Il n'existe pas de données épidémiologiques exactes sur la myocardite, car les critères cliniques, électriques et échographiques ne sont pas spécifiques. Le but de notre étude est de déterminer les particularités épidémiologiques, cliniques et paracliniques permettant de différencier une myocardite d'un infarctus du myocarde.

**Patients et méthodes :** Etude épidémiologique rétrospective s'étalant sur 3 ans incluant 15 patients admis par les biais des urgences au service de cardiologie pour myocardite aiguë. Le diagnostic de myocardite est retenu sur des critères cliniques, des anomalies électriques, un syndrome inflammatoire biologique, des troponines positives et les données de l'imagerie.

**Résultats :** L'âge moyen de nos patients était de 27,5 ans avec une exclusivité masculine. 100% de nos patients n'avaient aucun antécédent pathologique (en dehors du tabagisme). Le motif de consultation était les douleurs thoraciques dans tous les cas. Un syndrome infectieux était noté dans la moitié des cas. L'ECG a objectivé des troubles de la repolarisation chez 8 patients. Le dosage des troponines était positif dans 93,3% des patients. Les autres enzymes cardiaques étaient élevées dans 66,7% des cas. L'échographie trans-thoracique était pathologique dans 13,3% des cas. Une coronarographie diagnostic était pratiquée chez 26,7% de nos patients et elle était normale dans tous les cas. L'IRM réalisée chez 4 patients a confirmé le diagnostic. Tous nos patients ont reçu initialement un traitement basique, rectifié après 24 heures. L'évolution était favorable pratiquement dans tous les cas avec un recul moyen de 6 mois.

**Conclusion :** La myocardite aiguë touche essentiellement le sujet jeune de sexe masculin, n'ayant pas des facteurs de risque cardio-vasculaire. Le tableau clinique ainsi que les signes électriques peuvent simuler un infarctus du myocarde à sa phase aiguë. Les données échographiques ainsi que coronarographiques permettent de les différencier. A l'heure actuelle, l'IRM reste l'examen non invasif le plus fiable pour confirmer le diagnostic.

## **P55. THROMBOLYSE PRE-HOSPITALIER DU SYNDROME CORONARIEN AIGU ST+ : ETUDE COMPARATIVE DIABETIQUE VS NON DIABETIQUE**

AUTEURS : B MEFTCH N\*, GUERBOUJ Y, RBIA E, KHELIL A.

*Service des Urgences- SMUR Hôpital Maamouri Nabeul Tunisie*

**Introduction :** L'infarctus du myocarde (IDM) est l'une des principales causes de mortalité dans le monde. Il représente la première cause de morbidité et de mortalité chez le diabétique. Malgré l'amélioration de la prise en charge de l'infarctus du myocarde, l'état glyco-métabolique des diabétiques à la phase aiguë reste souvent négligé. Le but de notre travail est d'étudier les particularités épidémiologiques, cliniques et pronostiques de l'IDM chez les diabétiques vs les non diabétiques, et de déterminer si l'hyperglycémie à la phase initiale est un facteur pronostique chez les diabétiques.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective s'étalant sur 3 ans (1 Janvier 2011 au 31 Décembre 2013), portant sur 40 patients présentant un syndrome coronarien aigu avec sus décalage persistant du segment ST (SCA ST+), pris en charge par l'équipe de SMUR de Nabeul et ne présentant pas une contre indication à la thrombolyse. Notre population est divisée en deux groupes : Groupe 1 : Sujets diabétiques (N=16). Groupe 2 : Sujets non diabétiques (N=24). Les données sont analysées au moyen du logiciel SPSS version 18.

**Résultats :** L'âge moyen de nos patients était de 59,7±11 ans pour le groupe 1 et 52,6±13,5 ans pour le groupe 2, avec une prédominance exclusivement masculine dans les deux groupes. Le tabac était le facteur de risque cardio-vasculaire le plus fréquent dans les deux groupes (75% vs 83,3%). L'HTA (87,5% vs 41,6%) et la dyslipidémie (62,5% vs 20,8%) étaient plus fréquemment rencontrées dans le groupe 1. Un taux d'hyperglycémie à la phase



initiale de l'IDM était plus important dans le groupe 1 que le groupe 2 (62,5% vs 20,8%) La moyenne de la glycémie était de 2,9 g/l dans le groupe 1. L'ancienneté du diabète était en moyenne de 8±5ans. Plus que 75% de nos patients étaient classés Killip I (81,5% vs 75%). Les IDM inférieurs étaient plus fréquents dans le groupe 1 (87,5% vs 54,1%). L'atteinte d'un seul territoire était souvent observée dans le groupe 1 (87,5% vs 45,8). 75% des patients étaient classés à risque faible. Plus que la moitié de nos interventions étaient au cours de la journée dans les deux groupes. Le délai moyen entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse était de 330±162 minutes pour le groupe 1 et 250±180 pour le groupe 2 sans différence significative. Le taux d'échec de la thrombolyse était de 50% dans le groupe 1 et 29,2% dans le groupe 2 sans différence significative. Les facteurs prédictifs d'échec de la thrombolyse pour le groupe 1 étaient : un âge supérieur à 65ans ( $p<0,001$ ), un tabagisme actif ( $p<0,025$ ) et une hyperglycémie à la phase initiale de l'IDM ( $p<0,025$ ).

**Conclusion :** l'hyperglycémie à la phase initiale de l'IDM chez les diabétiques est un facteur prédictif d'échec de la thrombolyse. Un contrôle strict du diabète et des différents facteurs de risque est nécessaire à fin d'améliorer le pronostic. On souligne l'importance capitale du dépistage précoce d'une coronaropathie chez les diabétiques et surtout la prévention primaire chez ce groupe de patients à risque

## **P56. UN ANGOR DE PRINZMETAL COMPLIQUÉ PAR UNE FIBRILLATION VENTRICULAIRE**

AUTEURS : BEN GHEZALA H\*, ABBÉS MF, BEDOUI N, SNOUDA S, DAUDI R, KADDOUR M.

*Service universitaire des urgences et de soins intensifs, hôpital régional Zaghwan*

**Introduction :** L'angor de Prinzmetal est une angine de poitrine très particulière quant à son expression clinique et électrocardiographique, ses modalités évolutives et ses implications pronostiques. Nous rapportons un cas très rare d'un angor de Prinzmetal compliqué de fibrillation ventriculaire fatale.

**Observation :** Il s'agit de Mr HM âgé de 71ans, tabagique à 35PA sans antécédents pathologiques particuliers amené à nos urgences vers 22H00 par transport médicalisé pour douleurs thoraciques typiques avec ECG normal. A l'arrivée, le patient est asymptomatique en dehors d'un gêne respiratoire minime. 10minutes après, il développe une douleur médio-thoracique constrictive, l'image électrique est celle d'une ischémie myocardique aiguë transmural : onde de T de forte amplitude dans le territoire antérieur sans image en miroir avec un dosage enzymatique normal. L'ECG deux minutes après la fin de la crise ne retrouve plus l'aspect de la lésion sous épicaudique décrite ni une onde Q de nécrose. Une mise en route d'un traitement anticoagulant est instaurée notamment une dose de charge de clopidogrel, acide salicylique, héparine et risordan. Le malade décrit une douleur thoracique intense fugace au décours de laquelle une altération de l'état général s'est installée avec à l'ECG un fibrillation ventriculaire. Un choc électrique externe n'a pas été pratiqué devant l'aspect fugace de la fibrillation ventriculaire qui s'est spontanément réduite suivie rapidement par un deuxième accès de fibrillation ventriculaire compliquée par un arrêt cardio-circulatoire. L'évolution était initialement favorable. La coronarographie n'a pas objectivé de lésions coronaires. L'évolution ultérieure était défavorable avec l'installation d'un état de choc réfractaire avec une défaillance multi viscérale.

**Conclusions :** L'angine de poitrine de Prinzmetal correspond à une occlusion transitoire d'un vaisseau épicaudique à la faveur d'un spasme survenant soit sans lésion organique athéromateuse angiographiquement définissable soit sur une lésion athéromateuse sténosante d'où l'indication formelle de la coronarographie. Dans notre cas l'évolution de la douleur et sa survenue dans la deuxième partie de la nuit et en post prandial associée à l'aspect électrique critique font évoquer le diagnostic de l'angor spastique. Les inhibiteurs calciques doivent être prescrits le plus tôt possible et pour tout patient chez qui une angine de poitrine de Prinzmetal est suspectée afin d'éviter une évolution défavorable.

## **P57. LE SYNDROME DE BRUGADA : A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : SMA N\*, LANOUAR M, MEZGAR Z, RAMEH K, CHENGUEL A, METHAMEM MEHDI

*service des urgences hôpital universitaire. Farhat Hached Sousse*

**Introduction :** Le syndrome de Brugada, décrit en 1992 par Josep et Pedro Brugada, se caractérise par la survenue de syncopes ou de mort subite en rapport avec des tachycardies ventriculaires polymorphes chez des patients ayant un cœur structurellement normal et un aspect de bloc de branche droit avec sus-décalage du segment ST dans les dérivations précordiales droites. Nous rapportons un cas de syndrome de Brugada.

**Observation :** Un homme de 34ans, sans antécédents personnels ni familiaux -notamment de mort subite- s'est présenté aux urgences pour syncope survenue lors de la marche sans prodromes ayant occasionné une écorchure de l'arcade sourcilière gauche. La reprise de l'état de conscience était spontanée et la durée de la syncope était brève selon le témoignage. L'examen clinique était strictement normal. L'électrocardiogramme a objectivé un sus-décalage du segment ST de 2mm concave vers le haut en V1 V2 V3 avec une partie terminale du ST<1mm associé à des ondes T positives et un bloc de branche droit incomplet. La radiographie du thorax, l'échocardiographie,

L'Holter rythmique ainsi que l'épreuve d'inclinaison « Tilt Test » sont revenus sans anomalies. Le diagnostic de syndrome de Brugada type 3 a été établi sur les données de l'électrocardiogramme et le contexte clinique. Un test pharmacologique à la flécaine a été fait et n'a pas entraîné de modification du sus-décalage du segment ST ni de trouble du rythme ventriculaire.

**Conclusion :** Le syndrome de Brugada est une maladie génétique rare dont la première manifestation peut être la mort subite. Il est donc fondamental d'établir le diagnostic en se basant sur l'électrocardiogramme, de savoir proposer un test pharmacologique en cas de doute et de faire une enquête familiale.

## **P58. STENOSE MITRAL COMPLIQUE D'UN INFARCTUS DU MYOCARDE**

AUTEURS : B KAHLA N\*, B MEFTEH N, RBIA E, SAYHI A, GUERBOUJ Y, KHELIL A.

*Service des Urgences- SMUR Hôpital Maamouri Nabeul Tunisie*

**Introduction :** L'infarctus du myocarde (IDM) fait la gravité de la pathologie coronaire. Il est lié aux complications généralement thrombotiques des plaques d'athérome. L'embolie de l'artère coronaire est une cause rare de l'IDM. Le rétrécissement mitral d'origine rhumatismale peut être à l'origine de cette complication. Nous rapportons un cas de syndrome coronarien avec sus-décalage du segment ST (SCA ST+) d'origine embolique secondaire à un rétrécissement mitral.

**Observation :** Patiente âgée de 48ans, ayant des antécédents d'un rétrécissement mitral rhumatismal compliqué d'une arythmie complète par fibrillation auriculaire (AC/FA), sous Cordarone et Sintron. Elle a bénéficié d'une dilatation mitrale percutanée il y a 15ans. La patiente a contacté le SAMU (01) pour des douleurs thoraciques qui sont apparus il y a 1h de temps, irradiant au dos et aux deux membres supérieurs. L'examen à domicile, trouvait : une TA 120/80 mmhg, une polypnée, une tachycardie, un roulement diastolique au foyer mitral, des râles crépitants aux deux bases avec une SpO<sub>2</sub> 100%. L'électrocardiogramme a montré une tachyarythmie par fibrillation auriculaire avec un sus-décalage du segment ST en inférieur. La patiente a reçu : Héparine 50mg en IV, Aspégic 250mg en IV, Plavix 4Cp et Morphine 3mg en IV. L'évolution était marquée par l'apparition d'un état de choc nécessitant sa mise sous drogues vasoactives. La patiente était acheminée dans une salle de cathétérisme pour ATC primaire.

**Conclusion :** Le rétrécissement mitral doit être stratifié à haut risque de développer des complications thromboemboliques en présence d'une arythmie par fibrillation auriculaire. L'embolie de l'artère coronaire est une rare cause de l'infarctus du myocarde chez les patients présentant cette valvulopathie. Le traitement médical est justifié chez les patients stables sur le plan hémodynamique, alors que le recours à une extraction de l'embole est indiqué chez les patients instables.

## **P59. TAMPONNADE COMPLIQUANT UN DEFICIT EN G6PD EN REANIMATION : UNE ASSOCIATION TRES RARE.**

AUTEURS : BEN GHEZALA H, ABBÉS MF, SNOUDA S, DAOUDI R, KADDOUR M.

*Service universitaire des urgences et de soins intensifs, hôpital régional Zaghouan*

**Introduction:** Le déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD) est le déficit enzymatique le plus répandu chez l'homme. La transmission génétique est liée au chromosome X. Au cours de la vie, il peut occasionner une hémolyse aiguë suite à un épisode infectieux ou une exposition à certains toxiques ou médicaments y compris l'acide acétylsalicylique. L'association péricardite aiguë et déficit en G6PD est rare. Le salicylate de sodium est le choix thérapeutique principal de péricardite aiguë idiopathique. On décrit dans ce travail une observation qui illustre cette association.

**Observation:** Il s'agit d'un patient âgé de 18ans connu porteur dès l'enfance d'un déficit en G6PD. Il a consulté en urgence pour dyspnée, fièvre associée à un syndrome bronchique. L'examen clinique révèle une fièvre à 40°, PA: 11/05, pâleur cutanéomuqueuse avec un reflet ictérique, une hépatomégalie et un reflux hépato jugulaire. L'ECG note un rythme régulier sinusal à 96 bpm, bloc de branche droite et une onde T négative en V1- V2 - V3. La radio thorax trouve une cardiomégalie, un aspect de cœur en carafe, une pleurésie sèche (scissurite et comblement du cul de sac gauche). L'échocardiographie pratiquée en urgence trouve un épanchement péricardique de grande abondance circonférentiel avec aspect de pré tamponnade. Une ponction péricardique a été réalisée en urgence ramenant un liquide séro-hématique. Le bilan biologique a trouvé anémie normochrome normocytaire hyper régénérative, avec des stigmates d'hémolyse: hyper bilirubinémie à prédominance indirecte, taux des LDH élevé. Le dosage d'haptoglobine n'a pas été réalisé. La CRP était élevée à 174.29. Le bilan infectieux (hémoculture, IDR, sérologie Wright et Vidal) est revenu négatif. L'examen du liquide de ponction: GB: 300/mm<sup>3</sup>, GR: 200/mm<sup>3</sup>, protides: 31,1 contrôlé à 51,1g/l. Le patient a reçu un traitement associant colchicine et antibiotique et de l'acide folinique. L'évolution était favorable, marquée par la non récurrence de la péricardite et une amélioration du syndrome inflammatoire biologique (CRP en baisse à 38,07).

**Conclusion :** Le déficit en G-6-PD est une cause importante de l'hémolyse. La crise hémolytique est induite par des médicaments y compris l'acide acétylsalicylique, des toxiques, l'infection ou l'ingestion de fève (favisme). Le traitement de péricardite aiguë idiopathique aiguë associée au déficit en G-6-PD par le salicylate de sodium a été décrit dans la littérature comme une thérapie sûre et efficace. Notre observation est rare et peu de cas similaires ont été rapportés dans la littérature.

## **P60. SYNDROME DU PACE MAKER ET AVC ISCHEMIQUE: IL FAUT Y PENSER!**

AUTEURS : ROMDHANI. S\*, ATIG. R, BEJI.O, MEJRI.O, BAROUDI.J, HARZELI.A, HMOUDA. H.

*Service de réanimation médicale Hôpital Sahloul*

**Introduction:** Le syndrome du pacemaker est une complication hémodynamique non exceptionnelle de la stimulation cardiaque (incidence : 1 à 3%). Il est dû le plus souvent à des réglages inappropriés ou à des conditions de conduction intra-myocardique particulières. Il entraîne un manque de synchronisation entre l'oreillette et le ventricule, ce qui affaiblit le débit cardiaque global. Nous rapportons le cas d'une patiente porteuse d'un stimulateur cardiaque et l'influence de celui-ci dans la survenue d'un AVC ischémique.

**Observation:** Patiente B.B âgée de 86ans aux antécédents de diabète type II, d'hypertension artérielle et de BAV complet nécessitant l'implantation d'un pace maker double chambre depuis 9ans arrivé en fin de vie. Elle est admise en réanimation pour prise en charge d'un AVC ischémique sylvien superficiel droit compliqué d'une pneumopathie d'inhalation. L'examen clinique révèle une patiente consciente avec une hémiparésie gauche, polypnéique ainsi qu'une hypotension artérielle sans signes d'hypoperfusion périphérique. L'examen biologique n'a pas montré d'anomalies en dehors d'un syndrome inflammatoire biologique manifeste. L'ECG objective un rythme électro entraîné à 60 cpm et présence d'une discordance auriculo-ventriculaire. A la radiographie thoracique présence d'opacités alvéolaires bilatérales avec condensation basale gauche. Le bilan étiologique usuel de l'AVC était négatif ainsi que l'échographie transthoracique qui a montré un ventricule gauche modérément hypertrophié de bonne fonction systolique et l'absence de valvulopathies. La conduite thérapeutique a consisté en l'administration d'une oxygénothérapie, d'une réhydratation IV, le maintien d'une pression de perfusion satisfaisante avec la prévention des ACSOS, une antibiothérapie probabiliste et la mise sous traitement anti ischémique. L'évolution ultérieure a été favorable avec amélioration de l'état neurologique, hémodynamique et respiratoire. L'indication incontournable de l'implantation d'un nouveau stimulateur a été programmé dans les délais les plus brefs.

**Commentaires:** Le syndrome de pace maker est défini comme un ensemble de symptômes présents chez un patient porteur d'un stimulateur et causés par une relation inappropriée entre les contractions atriales et ventriculaires. Les études portant sur des grandes populations de patients électrostimulés ont montré la grande incidence de fibrillation auriculaire chronique et de complications emboliques chez les patients appareillés d'un stimulateur VVI. Notre cas clinique illustre clairement le fait que le stimulateur double chambre dysfonctionnel (fonctionnant automatiquement en monochambre VVI en fin de vie) et donc responsable d'un syndrome du pace maker, serait à l'origine de l'AVC ischémique. Ce diagnostic n'a pu être évoqué qu'après avoir éliminé les autres causes d'AVC ischémique.

**Conclusion:** L'accident vasculaire cérébral ischémique chez les patients porteurs de stimulateur cardiaque mono ou double chambre constitue une complication rare du pace maker, peu élucidé dans la littérature. Le syndrome du pace maker reste le plus souvent iatrogène et en l'absence de complications tous les patients récupèrent après synchronisation.

## **P61. PRISE EN CHARGE DE L'HEMOLYSE AIGUE GRAVE EN REANIMATION**

AUTEURS : ROMDHANI.S\*, BEJI.O, ATIG.R, MEJRI.O, BAROUDI .J, BOUJJI.N, HMOUDA.H

*Hôpital Sahloul et service de réanimation médicale Sahloul*

**Introduction:** L'anémie hémolytique auto-immune (AHAI) est une pathologie rare, les crises sévères d'hémolyse peuvent mettre en jeu le pronostic vital et nécessite un traitement urgent dont les objectifs prioritaires sont d'interrompre le plus rapidement possible le processus d'hémolyse et de limiter les complications. Nous rapportons l'observation d'un patient illustrant l'extrême sévérité du tableau clinique ainsi que le caractère réfractaire au traitement que peut revêtir cette pathologie.

**Observation:** Patient RM âgé de 25ans aux antécédents personnels d'AHAI à anticorps chauds (IgG) diagnostiquée en 2012 traitée par une corticothérapie, stable depuis 2013 sans médication. Deux jours avant son admission : ictère associé à des urines foncées et des douleurs lombaires pour lesquels le patient a consulté les Urgences où l'examen initial a révélé : GCS 15, une pâleur cutanéomuqueuse importante, des constantes hémodynamiques stables, une Hb à 6,3 g/dl associée à des signes d'hémolyse. Il a été mis sous Claforan et Oflocet. L'évolution a été marquée par l'installation d'une agitation avec un état de choc nécessitant une expansion volémique par cristalloïdes et surtout par 2 CGR, administration d'une dose de dexaméthasone (40mg) et le recours à la ventilation invasive. Le patient a été admis en réanimation où l'examen a montré : un patient sédaté, pupilles en myosis,

intubé ventilé sous le mode VAC, en insuffisance circulatoire aigüe sous 3mg/h de noradrénaline, hypotherme à 35° avec à la biologie: une acidémie sévère ph à 6.9, une lactacidémie à 15mmol/l, une insuffisance rénale aigüe à diurèse conservée, une cytolysé hépatique, une rhabdomyolyse sévère et à la NFS: une anémie profonde normochrome macrocytaire avec une Hb à 3,8 g/dl, une hyperleucocytose à 60 300 elt/mm<sup>3</sup> et des plaquettes à 164 000 elt/mm<sup>3</sup>, un TP à 20%. La conduite initiale a été : le maintien de la sédation et de la ventilation mécanique, renforcement de la corticothérapie Solumédrol : 1 g/j, immunoglobulines polyvalentes IV 0.5g/kg/j, antibiothérapie probabiliste réhydratation et correction des troubles électrolytiques, IPP, et apport en fer et vitaminique. L'évolution a été marquée par l'installation d'une défaillance multiviscérale avec hémolyse suraiguë (Hb 1,6 g/dl) réfractaire aux corticoïdes à forte dose; aux immunoglobulines polyvalentes, aux immunosuppresseurs (Endoxan) et à des transfusions répétées. A J2 d'hospitalisation apparition brutale d'une mydriase bilatérale associée à des troubles hémodynamique d'allure neurovégétative vraisemblablement en rapport avec une HTIC dans un contexte de défaillance multiviscérale secondaire à une hypoxie cellulaire réfractaire en rapport avec une anémie extrêmement sévère. Le patient décède à J 5.

**Commentaires:** Le traitement des AHAI à auto-anticorps « chauds » repose empiriquement sur la corticothérapie à forte dose avec (une efficacité dans 70–85%). En cas d'échec, on peut recourir à la splénectomie, aux immunosuppresseurs ou encore au rituximab (80 à 90%), les IG IV et la plasmaphérese sont plutôt des thérapeutiques adjuvantes. Les indications respectives restent mal codifiées et non consensuelles.

**Conclusion:** Les cas d'hémolyse aigüe grave réfractaire à toute thérapeutique ont été peu rapportés dans la littérature. Les modalités thérapeutiques restent peu débattues mais l'avenir semble tendre vers l'administration du rituximab en première intention.

## **P62. LES CARDIOMYOPATHIES DILATEES AUX URGENCES**

AUTEURS : BECHA I\*, MABSOUT SANA, KHROUF M, GHZEL R, HSINI S, METHAMEM MEHDI

*Service des Urgences Farhat Hached Sousse*

**Introduction :** La cardiomyopathie dilatée est une dilatation bi ventriculaire avec dysfonction systolique et/ou diastolique (dilatations des cavités cardiaques, diminution de fraction de raccourcissement ou d'éjection, hypokinésie globale avec parfois hypokinésies segmentaires pouvant faire suspecter l'origine ischémique coronaire.). Elle présente l'une des étiologies de plus en plus incriminées dans les décompensations de l'insuffisance cardiaque. Ceci nous a incités à étudier leurs caractéristiques démographiques, cliniques et étiologiques.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur 08mois au service des urgences Farhat Hached Sousse impliquant 13 cas de CMD en décompensation. Nous avons recueillis les caractéristiques démographiques, cliniques et étiologiques en analysant leurs dossiers médicaux ainsi que les caractéristiques échographiques.

**Résultats :** Sur une période de 8 mois on trouvait la CMD incriminée comme étiologie dans 21.6% de la totalité des patients consultant dans un tableau d'insuffisance cardiaque. L'âge moyen était 49,2ans avec des extrêmes allant (de 43 à 84) .Le sexe ratio était à 3.3. Le tableau clinique était grave d'emblée dans 23.07% des cas. 61.5% de ces malades ont eu le diagnostic de CMD au service des urgences. Les résultats échographiques objectivaient une FEVG effondrée avec une moyenne de 29.4%. La CMD était d'origine ischémique dans 46.15% des cas, alcoolique dans 15.8%, sur valvulopathie dans 15.8% des cas, toxique dans 7.6%, idiopathique dans 7.6% des cas. La prise en charge initiale comportait une oxygénation via une CPAP dans 38.46% des cas, le recours à la ventilation mécanique dans 15.3% des cas avec un traitement du facteur de décompensation. L'évolution était favorable dans 76% des cas, 7.6% décédé, 15.8% nécessite un transfert en milieu de réanimation et 76.9% hospitalisé en service de cardiologie

**Conclusion :** La CMD est une maladie grave car elle altère sévèrement la contractilité myocardique dont l'étiologie prédominant reste ischémique.

## **P63. OEDEME AIGU PULMONAIRE CARDIOGENIQUE COMPLIQUANT UNE INTOXICATION AU MINOXIDIL**

AUTEURS : ESSAFI FATMA\*, BEN LAKHAL HEND, FRADJ HANA, FOUHAILI NASREDDINE, BRAHMI N, AMAMOU M.

*Centre d'Assistance Médicale Urgente (CAMU), Service de Réanimation Polyvalente et Toxicologique*

**Introduction:** Le Minoxidil, utilisé initialement comme traitement de l'hypertension artérielle réfractaire en raison de la puissance de son effet vasoplégiant, a ensuite été commercialisé sous la forme d'une lotion capillaire pour traiter la calvitie. L'intoxication aigüe est rare à présentations cliniques variables; cependant, la survenue d'une insuffisance cardiaque aigüe gauche n'a jamais été observée. L'objectif de ce travail était d'illustrer à travers une observation clinique les principales complications secondaires à cette intoxication et notamment l'œdème aigu pulmonaire cardiogénique.



**Observation :** Patient âgé de 34 ans, aux antécédents de retard mental et d'épilepsie a consulté les urgences pour hypotension artérielle survenue 24 heures après l'ingestion accidentelle de 60 ml d'une lotion capillaire au Minoxidil à 5%. La pression artérielle (PA) était à 84/47 mmHg, la fréquence cardiaque (FC) à 120 bpm avec une auscultation cardio-pulmonaire normale. Les extrémités étaient chaudes. Le cathétérisme artériel a montré un profil vasoplégique avec une PA diastolique à 25 mmHg. Une expansion volémique de 1500 ml de cristalloïdes a permis de stabiliser l'état hémodynamique. L'évolution secondaire a été marquée par l'installation d'un tableau de détresse respiratoire nécessitant le recours à la ventilation mécanique. La radiographie thoracique a montré des images alvéolo-interstitielles bilatérales prédominant aux hiles et aux bases. Le diagnostic d'OAP cardiogénique suspecté devant ces éléments cliniques et radiologiques, a été confirmé par l'élévation importante du taux du pro-peptide natriurétique type B à 3500 pg/ml. L'évolution a été rapidement favorable sous diurétiques, avec une baisse du taux du pro-BNP à 230 pg/ml.

**Discussion:** L'intoxication aiguë au Minoxidil est rare, rapportée majoritairement chez les enfants. Elle peut être responsable de modifications électriques réversibles; mais la complication majeure reste la survenue d'un état de choc vasoplégique. Aucun cas d'insuffisance cardiaque aiguë n'était décrit dans la littérature. Notre observation illustre la possibilité d'une atteinte cardiaque sur un cœur antérieurement sain.

**Conclusion :** L'insuffisance cardiaque gauche aiguë induite par le Minoxidil est exceptionnelle. A des doses toxiques, elle peut survenir sur un cœur antérieurement sain et est réversible en cas de prise en charge précoce.

## **P64. SEPSIS SÉVÈRE ET ÉTAT DE CHOC SEPTIQUE : ÉTUDE DESCRIPTIVE**

AUTEURS : R. BOUBAKER, A. JAMOSSI, T. MERHEBENE, D. LAKHDHAR, J. BEN KHELIL, M. BESBES

*Hôpital Abderrahmen Mami, Réanimation respiratoire*

**Introduction :** Le Sepsis sévère et l'état de choc septique constituent un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation. Ils présentent un problème majeur de santé publique en termes de morbi-mortalité et de coût. But : L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques et thérapeutiques du Sepsis sévère et de l'état de choc septique au service de réanimation respiratoire de l'Ariana.

**Matériels et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective, entre janvier 2013 et mars 2015, ayant intéressé 56 dossiers de malades admis en réanimation et qui présentaient un sepsis sévère ou un état de choc septique ou cours des 24 premières heures. Le diagnostic et la prise en charge du sepsis sévère et de l'état de choc septique ont été basés sur les recommandations de «International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock 2012» (1).

**Résultats :** Nos malades étaient âgés en moyenne de  $58 \pm 15$  ans avec un sexe ratio de 2,73. 22 (39,3%) de nos patients étaient bronchopathes chroniques dont 14 étaient déjà au stade d'insuffisance respiratoire chronique ; 16 (28,6%) étaient diabétiques ; 6 (10,7%) présentaient un terrain d'immunodépression et 4 (7,1%) une insuffisance rénale chronique. Le motif d'hospitalisation le plus fréquent était l'insuffisance respiratoire aiguë pour 27 patients (48,2%), suivi de l'insuffisance circulatoire aiguë chez 11 patients (19,6%). Huit patients (14,3%) étaient à la fois en détresse respiratoire et hémodynamique. Les 10 patients restant (17,9%) étaient hospitalisés pour des motifs variés. 48 patients (85,7%) étaient en état de choc et 8 patients (14,3%) en sepsis sévère. L'origine pulmonaire du sepsis ou de l'état de choc septique était dominante avec 49 malades (87,5%) dont 38 communautaires. L'évaluation de la gravité clinico-biologique par le calcul des scores de gravité a montré un IGS II moyen à  $61,96 \pm 17,44$  ; un APACHE II moyen à  $30,3 \pm 8,6$ , un SOFA à  $13,4 \pm 3,4$  et un score de FINE à  $117,21 \pm 56,4$ . La prise en charge a consisté en un remplissage par du sérum physiologique sur un cathéter veineux central chez 46 patients, une antibiothérapie empirique chez tous les patients, une corticothérapie dans 28 cas (50%) et le recours aux drogues vasoactives chez 50 patients (89,3%). 45 patients (80,4%) ont nécessité la ventilation mécanique invasive. La durée de séjour était en moyenne de 11,6 jours. La mortalité globale était de 64,3% (36 malades) sans différence significative entre les malades du groupe sepsis sévère et ceux du groupe état de choc septique (62,5% vs 65,21%). Cette mortalité était plus importante au cours des 24 premières heures avec 20 malades (35,7%).

**Conclusions :** Dans notre service, malgré l'application des recommandations, le pronostic du Sepsis sévère et de l'état de choc septique reste péjoratif avec une mortalité élevée.

**Références bibliographiques :** 1 International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012. Crit Care Med 2013;41:580-637.

## **P65. VALUE OF DOPPLER ULTRASONOGRAPHY IN THE DEPICTION OF CHANGES IN HEPATIC HEMODYNAMICS IN SEPTIC SHOCK PATIENTS: PRELIMINARY RESULTS**

AUTEURS : BASSEM HAMROUNI<sup>(1)\*</sup>, ALI JENDOUBI<sup>(1)</sup>, ALI GAJA<sup>(2)</sup>, LAYLA JENZRI<sup>(1)</sup>, IMENE DHAOUADI<sup>(1)</sup>, AHMED ABBESS<sup>(1)</sup>, SALMA GHEDIRA<sup>(1)</sup>, MOHAMED HOUSSA<sup>(1)</sup>

*1. Department of Anesthesiology and Intensive Care, Charles Nicolle Hospital, Tunis 2. Department of Radiology, Charles Nicolle Hospital, Tunis, Tunisia*

**Introduction:** Sepsis associated liver dysfunction (SLD) is usually attributed to systemic and/or microcirculatory disturbance. Hypoxic hepatitis, also known as shock liver or ischemic hepatitis, is a life threatening event associated



with high morbidity and mortality. Doppler ultrasonography is a non invasive method to measure Doppler hepatic hemodynamic parameters. The aim of this study was to define hepatic flow changes in septic shock patients and to investigate the effects of fluid administration on intrahepatic hemodynamics.

**Methods:** In a prospective design, we included 20 consecutive patients with septic shock (15 males, 5 females; mean age:  $43 \pm 14$  years) between March 2015 and August 2015. All patients were resuscitated following the Surviving Sepsis Campaign guidelines. We measured systemic hemodynamic variables (Mean arterial pressure (MAP), central venous pressure (CVP) and cardiac index (CI)) and performed hepatic Doppler before and after volume expansion. We measured portal venous blood flow (PVBF) and computed the resistance index of the hepatic artery (HARI). We recorded the liver function tests (alanine transaminase (ALT), aspartate aminotransferase (AST), alkaline phosphatase (ALP) and bilirubin) for 48 hours. SLD was defined as an increase in serum Bilirubin  $\geq 32 \mu\text{mol/L}$  (Hepatic SOFA  $\geq 2$ ) and the HH was defined as an increase in AST activity of at least 20 times the upper limit of normal without any other cause for hepatic necrosis. Statistical analysis was performed using Wilcoxon's test for related samples.  $P < 0.05$  was taken to indicate statistical significance.

**Results:** The mean SOFA score at T0 was  $9 \pm 3$  points and the mean IGS2 score was  $45 \pm 18$ . The sources of infection were as follows: the lungs ( $n=11$ ), the urinary tract ( $n=5$ ) and the abdomen ( $n=4$ ). We investigate the relationships between hepatic hemodynamic variables and systemic hemodynamic parameters, lactate and cumulative inotrope index [1] (Table 1). There is no correlation between hepatic hemodynamic variables and the liver function tests. There was no statistically significant change in PVBF and HARI after volume expansion (Table 2).

**Conclusion:** Our results are limited by the small number of enrolled patients. The interesting finding of our preliminary study was the significant correlation between PVBF, MAP and the cumulative inotropic/vasoactive support.

**Conflict of interest:** none declared. Reference: 1. Cruz, D. N. Et al. JAMA 2009;301:2445-52

**Table 1: Relationship between hepatic hemodynamic variables and other parameters**

	HARI		PVBF	
	r	p	r	p
IGS2	-0.055	0.834	-0.392	0.119
SOFA	0.091	0.728	-0.117	0.653
SAP	0.11	0.664	0.483	0.05
MAP	-0.016	0.952	0.054	0.025
PP	0.328	0.199	0.088	0.736
CI	0.370	0.143	-0.062	0.813
urea	0.528	0.036	-0.199	0.460
Lactate	0.207	0.442	0.063	0.817
CII	-0.133	0.636	-0.499	0.058

SAP: Systolic arterial pressure; MAP: mean arterial pressure; PP: Pulse pressure; CII: cumulative inotrope index; CU: cardiac index

**Table 2: Changes of hepatic hemodynamic variables after volume expansion**

	Before VE	After VE	p
HARI	$0.87 \pm 0.28$	$0.78 \pm 0.11$	0.533
PVBF (ml/min)	$722.18 \pm 596.9$	$831.47 \pm 470.06$	0.47

## P66. THROMBOSE POST-TRAUMATIQUE DE LA VEINE CAVE INFÉRIEUR.

AUTEURS : GUELLIM MOSBAH S\*, BEN CHIKHA M, CHELLY M, MLAIKI Y, BEN ALI M, KAHOUL M, MAHAMDI S, AJMI C, NAIJA W.

service anesthésie réanimation CHU Sahloul.

**Introduction:** La thrombose de la veine cave inférieure secondaire a un traumatisme thoraco-abdominal reste une entité exceptionnelle. En effet seulement 16 cas ont été rapportés dans la littérature depuis 1964.

**Observation:** Un jeune de 18ans, sans antécédents pathologique, victime d'un traumatisme thoraco-abdominal fermé suite à un accident de la voie publique. La victime été un passager d'avant d'un véhicule léger. Le mécanisme été une collision de la voiture contre un mur d'où un choc direct du patient, non ceinturé, contre le tableau de bord. L'examen clinique initial aux urgences n'a pas objectivé d'anomalie, a part une sensibilisée abdominale diffuse. Devant la notion de traumatisme grave, un body-scanner à H4 de l'accident a montré: un thrombus endoluminale de la veine cave inférieure thoracique juste avant son abouchement au niveau de l'oreillette droite avec thrombose de la veine sus hépatique médiane. Des plages hypodenses du segment VI hépatique avec un hémopéritoine de moyenne abondance. Le bilan d'hémostase initial correct. Le patient a gardé un état hémodynamique et respiratoire ainsi qu'un bilan hémostatique correcte. Mis à H48 du traumatisme sous héparine non fractionnée à la pousse seringue électrique à la dose de 400UI/Kg. Un angioscanner thoraco-abdominal de control à J7 du traumatisme a montré: une disparition de la thrombose de la VCI, une embolie pulmonaire proximale avec une régression du thrombus sus hépatique médiane, une contusion hépatique d'aspect stable et un épanchement intra péritonéale de faible abondance. Le patient été mis sous AVK avec ajustement thérapeutique.

**Conclusion :** Les traumatismes vasculaires fermés peuvent être dus à un mécanisme direct (contusions ou écrasement, accidents de cathétérisme ou d'angioplastie) ou indirect par décélération. En cas d'hémostase spontanée, la constitution d'un thrombus en regard de la lésion endothéliale peut s'étendre vers une plus grande surface et aboutir à l'obstruction plus ou moins complète de la lumière vasculaire. La gravité est dominée par le risque majeur d'embolie pulmonaire massive.

## **P67. UNE PERMÉABILITÉ COMPLÈTE ET PRÉCOCE DES ARTÈRES PULMONAIRES APRÈS THROMBOLYSE EST-T-ELLE POSSIBLE EN CAS D'EMBOLIE PULMONAIRE MASSIVE ?**

AUTEURS : BAROUDI J, BÉJI O, ATIG R, SBOUI G, ROMDHANI S, MÉJRI O, HMOUDA H.

*Service de Réanimation Médicale. Hôpital SAHLOUL. Sousse*

**Introduction :** L'embolie pulmonaire reste toujours un diagnostic difficile à confirmer sans imagerie malgré la multitude des scores de présomption clinique score Wells et Genève... toute la difficulté réside d'entamer un traitement thrombolytique ou non en cas de suspicion forte d'embolie pulmonaire grave en l'absence de confirmation. La problématique est bien illustrée par cette observation clinique.

**Observation :** XY âgé de 37ans sans antécédents particuliers a présenté 10 jours avant son admission, une fracture du condyle fémoral traité orthopédiquement sans prise du traitement anticoagulant, pourtant prescrit. Le jour de l'admission, survenue d'un tableau de détresse respiratoire aigüe grave associé à des douleurs thoraciques, une auscultation cardio-pulmonaire sans anomalies hormis une tachycardie, un état HD initial satisfaisant mais des signes d'insuffisance cardiaque droite clinique et électrocardiographique. Ce tableau a évolué rapidement vers un arrêt cardio-circulatoire. Après réanimation initiale et reprise d'une activité cardiaque et une forte suspicion du diagnostic d'embolie pulmonaire massive, une thrombolyse a été réalisée et le patient transféré en réanimation. L'examen à l'admission : patient intubé, sédaté, ventilé en insuffisance circulatoire aigue sous 1 mg/h d'adrénaline avec à la gazométrie une acidose métabolique sévère lactique, une oxymétrie satisfaisante. Amélioration progressive de l'état hémodynamique avec une disparition des signes d'IVD ; absence des signes évidents de thrombophlébite des membres inférieurs. Une échographie cardiaque pratiquée à H4 de la thrombolyse était strictement normale. Ce qui a conduit à la réalisation d'un angioscanner thoracique à H5 interprété également comme strictement normal même en relecture (faisant ainsi douter du diagnostic d'EP!!! une échographie doppler des membres inférieurs a révélé la présence d'une thrombophlébite... le diagnostic d'embolie pulmonaire grave a été retenue définitivement malgré une échocardiographie et un angioscanner normal en post-thrombolyse.

**Commentaires :** Devant des diagnostics différentiels multiples, un traitement comportant des potentielles complications hémorragiques parfois gravissimes, l'indication de la thrombolyse d'une EP en pré-hospitalier n'est pas encore légitime selon les dernières recommandations. La revue de la littérature a montré quelques cas tentés et réussis avec une amélioration spectaculaire sur le plan hémodynamique en cas d'état de choc ou la récupération en cas d'arrêt cardiaque. Dans notre observation, l'anamnèse et l'état extrêmement critique du patient ont été cruciaux pour le choix de la conduite, et quasi miraculeusement efficace sur la lyse de l'embolie.

**Conclusion :** L'embolie pulmonaire massive compliquée d'ACR itératifs est difficile à confirmer, quand l'anamnèse et la clinique sont sans appel comme le cas exposé, la balance risque/bénéfice de la thrombolyse penche indiscutablement vers la réalisation de celle-ci

## **P68. LES SCENARIOS CLINIQUES DANS L'INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE : INCIDENCE ET MORBI-MORTALITE**

AUTEURS : LAHMER M<sup>(1)</sup>, TILOUCHE N<sup>(1)</sup>, BEN SIK ALI H<sup>(1)</sup>, YACOUBI S<sup>(1)</sup>, GHARBI R<sup>(1)</sup>, FEKIH HASSEN M<sup>(1)</sup>, ELATROUS S<sup>(1)</sup>.

<sup>1</sup> Service de réanimation médicale, hôpital Taher Sfar Mahdia

**Introduction :** L'insuffisance cardiaque aigue (ICA) est un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation. Sa mortalité reste élevée malgré les progrès réalisés dans sa prise en charge aussi bien symptomatique qu'étiologique. Objectif : déterminer l'incidence des différents scénarios cliniques de l'ICA et la morbi-mortalité dans chaque groupe des patients.

**Matériel et Méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective étalée sur une période de 4ans (entre 2011 et 2014) au service de réanimation médicale de Mahdia et incluant tous les patients hospitalisés pour ICA. Quatre groupes de patients ont été individualisés : scénario 1 : ICA et HTA, scénario 2 : ICA et décompensation d'une insuffisance cardiaque chronique, scénario 3 : ICA et choc cardiogénique et scénario 4 : ICA et syndrome coronarien aigu. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques, le score de gravité SAPS II, le scénario clinique à l'admission, les thérapeutiques instaurées, les durées de ventilation mécanique et de séjour.

**Résultats :** Durant la période de l'étude 131 patients étaient inclus. L'âge médian était de 70ans (IQR : 60-77) et le SAPS II médian était de 33 (IQR : 26-33). Les co-morbidités les plus fréquentes étaient l'HTA dans 69% des cas, l'insuffisance coronaire dans 31% des cas et le diabète dans 52% des cas. Une angioplastie était réalisée dans 11% des cas. La ventilation mécanique invasive, la ventilation non invasive et la CPAP étaient instaurées respectivement dans 37%, 32% et 35% des cas. L'incidence des différents scénarios était de 15% pour le scénario 1; 21% pour le scénario 2 ; 23% pour le scénario 3 et 40.5% pour le scénario 4. La mortalité globale était de 21.4%. Cette dernière était de 0% en cas de scénario 1; 9% en cas de scénario 2; 53% en cas de scénario 3 et enfin 17% en cas de scénario 4. La durée de ventilation mécanique, la durée de séjour étaient similaires entre les différents scénarios cliniques. En analyse multivariée, le recours à la ventilation mécanique était le seul facteur prédictif de mortalité avec un OR : 9.79, IC95% (2.26-42.3), p=0.002.

**Conclusion :** Le choc cardiogénique était responsable de la mortalité la plus élevée parmi les patients admis dans notre service de réanimation pour ICA. Le recours à la ventilation mécanique invasive était le seul facteur prédictif de mortalité identifié dans notre étude.

## **P69. EMBOLIE PULMONAIRE SUITE A L ADMINISTRATION DE FACTEUR VII ACTIVE.**

AUTEURS : MHAMDI S, KRAIEM Z\*, NAKHLI MS, AJINA A, CHEBBI N, NAIJA W.

*Service d Anesthésie Réanimation - CHU Sahloul*

**Introduction :** L'acide tranexamique, les concentrés de fibrinogène, les concentrés de complexe prothrombinique et le facteur VII activé recombinant sont les principaux médicaments hémostatiques utilisés au cours des hémorragies afin de réduire le saignement en prévenant ou en traitant la coagulopathie, de façon spécifique ou non. En renforçant les capacités hémostatiques, ces médicaments contribuent à l'élaboration du caillot au site de l'hémorragie, mais exposent aussi à un risque thrombotique, dont les manifestations incluent l'embolie pulmonaire, l'accident vasculaire cérébral ischémique, l'infarctus du myocarde, ou tout autre événement thrombotique veineux ou artériel.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'une patiente hospitalisée dans l'unité de soin intensif chirurgical de Sahloul pour prise en charge d'un polytraumatisme grave avec des lésions crâniennes graves, thoraciques et abdominales. Le tableau s'est compliqué d'un état de choc hémorragique en rapport avec un saignement actif provenant des vaisseaux gastro-spléniques nécessitant un geste chirurgical d'hémostase et une réanimation massive avec transfusion de 5 culots globulaires, 8 Plasma Frais Congelé, 6 culots plaquetaires et le recours aux catécholamines. Devant la persistance du saignement avec instabilité hémodynamique, on eu recours à une injection de facteur VII activé (90UI/Kg). Le saignement a été contrôlé et l'état hémodynamique a été stabilisé. Les suites opératoires étaient marquées par l'avènement d'une embolie pulmonaire massive dans les 24h post opératoires. La patiente a été mise sous traitement anticoagulant à dose curative avec évolution favorable.

**Discussion et conclusion :** La survenue d'événements thromboemboliques, souvent mal documentés, est très variable d'un produit à l'autre et dépend aussi des facteurs de risque liés au patient et des circonstances de survenue de l'hémorragie. S'il semble bas et non établi avec l'acide tranexamique, à l'inverse, il est élevé et bien documenté avec le facteur VII activé recombinant. Il est donc nécessaire d'évaluer ce risque au regard des différents produits et des niveaux de risque des patients afin de le mettre en balance avec les bénéfices attendus.

**THEME :** RESPIRATOIRE

## **P70. LES CONTUSIONS PULMONAIRES COMPLIQUEES DE SDRA: ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE**

AUTEURS : F MEDHIOUB; O TURKI\*; K RGAIEG; M ZEKRI; M SMAOUI; I AYADI;; R ALLELA; C BEN HAMIDA; H CHELLY ; A CHAARI; M BAHLOUL; M BOUAZIZ

*Service de Réanimation Médicale, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie*

**Introduction :** Le SDRA apparaît comme l'expression pulmonaire d'un processus inflammatoire généralisé, pouvant survenir dans les suites d'une agression pulmonaire directe ou indirecte. Elle est la forme la plus sévère d'insuffisance respiratoire aigüe secondaire à l'atteinte de l'intégrité de la membrane alvéolocapillaire. C'est une pathologie fréquente en réanimation. Dans notre service, nous avons jugé intéressant d'étudier cette pathologie chez les traumatisés ayant des contusions pulmonaires. But : Déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des traumatisés ayant des contusions pulmonaires compliquées de SDRA au service de réanimation polyvalente.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant entre 01/01/2013 et 20/08/2013. Elle a inclut 15 traumatisés hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Sfax ayant des contusions pulmonaires compliquées de SDRA définie selon les critères de Berlin

**Résultats :** Durant notre période d'étude, 80 patients ont été hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Sfax pour un traumatisme thoracique isolé ou dans le cadre d'un polytraumatisme dont 15 ont

présenté des contusions pulmonaires compliquées de SDRA (18.7%). Ces 15 patients ont eu en commun un tableau de SDRA en post traumatique immédiat, une détresse respiratoire non expliquée par une défaillance cardiaque ou une surcharge volumique. Un tableau de SDRA mineur a été noté chez 46.7%, SDRA modéré chez 33.3% et SDRA sévère chez 20% des cas. L'âge moyen des patients a été de  $37.8 \pm 13$  ans avec une prédominance masculine (sexe ratio égal à 14). Le nombre de lobes contus a été de  $2.7 \pm 0.9$ . Le traumatisme thoracique n'était isolé chez aucun de nos patients. Le SAPS II a varié de 12 à 62 points avec une moyenne de  $33 \pm 11.7$  points. Un état de choc à l'admission a été noté chez 46.7% des cas. Le pH moyen a été de  $7.36 \pm 0.1$ . La PaCO<sub>2</sub> moyenne a été de  $39.6 \pm 8.4$  mmHg. La PaO<sub>2</sub> moyenne a été de  $99 \pm 28.9$  mmHg. Le taux de HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> moyen a été de  $22.1 \pm 3.6$  mmol/l. La SaO<sub>2</sub> moyenne a été de  $95.9 \pm 5.9\%$ . Le rapport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> moyen a été de  $172.4 \pm 63$  mmHg. Tous les patients ont été ventilés selon le mode VAC. La pression de plateau moyenne a été de  $24.8 \pm 5.7$  cmH<sub>2</sub>O. La compliance pulmonaire moyenne a été de  $31.3 \pm 4.9$  ml/cmH<sub>2</sub>O. La durée totale de ventilation mécanique a été  $14.9 \pm 15.7$  jours. Une PASVM a été rencontrée chez 60% des cas. La durée moyenne de séjour en réanimation a été de  $20.7 \pm 19.4$  jours. La mortalité a été de 26.7%.

**Conclusion :** La contusion pulmonaire couramment observée chez les patients présentant un traumatisme thoracique est un facteur de risque important de développement d'un SDRA. Une lésion extra pulmonaire, neurologique, abdominale ou périphérique constitue un facteur supplémentaire. Un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et adéquate en unités de soins intensifs améliorera le pronostic

## P71. ASTHME AIGU GRAVE EN REANIMATION : A PROPOS DE 50 CAS

AUTEURS : ALLALA.R\*, MEDHIOUB F, CHTARA K, TURKI O, CHAARI A, BEN HAMIDA C, BAHLOUL M, BOUAZIZ M.

*Service de réanimation médicale CHU Habib Bourguiba.Tunisie*

**Introduction :** L'Asthme Aigu Grave (AAG) traduit une des présentations les plus sévères de la maladie asthmatique. Le but de notre étude est d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des malades hospitalisés en réanimation pour AAG.

**Matériels et Méthodes :** C'est une étude rétrospective, menée sur 7 ans et demi, (janvier 2008 et juin 2015). Pour chaque patient nous avons précisé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques à travers une analyse des dossiers médicaux.

**Résultats :** Cinquante patients ont été colligés. L'âge moyen a été de  $37,4 \pm 15,7$  ans; le sex-ratio de 1.6 ; SAPSIII de  $47,1 \pm 7,2$  et Le SOFA à l'admission de  $4,7 \pm 2,6$ . Dix-sept patients (34%) avaient dans leurs antécédents une hospitalisation en milieu de réanimation pour AAG. Dix patients (20%) avaient dans leurs antécédents, un recours à la ventilation mécanique pour AAG. Les causes de déclenchement de la crise étaient une non observance du traitement chez 20 patients (40%), une bronchite chez 25 patients (50%), une pneumopathie infectieuse chez 13 patients (26%), une exposition à l'allergène chez 12 patients (2%), une exposition au froid chez 11 patients (22%), et une insuffisance cardiaque chez 5 patients (10%). Plusieurs complications ont été observées. En effet, 12 patients ont développé une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM). De plus, 2 patients ont développé un barotraumatisme. Enfin, durant leur séjour, 9 patients ont développé un état de choc hypovolémique, 2 patients ont développé un état de choc septique, 3 patients ont développé un état de choc cardiogénique. Sur le plan thérapeutique, la ventilation mécanique a été indiquée chez 40 patients (80%) dès l'admission et un patient a été intubé secondairement avec une durée moyenne de  $6,8 \pm 7,3$  j. La durée de séjour en réanimation a été en moyenne de  $8,6 \pm 9,4$  j. Le taux de mortalité a été de 14%.

**Conclusion :** L'AAG est une urgence diagnostique et thérapeutique qui nécessite toujours une hospitalisation en réanimation. Son pronostic reste réservé (14% de mortalité dans notre série) et associé à plusieurs complications. La prévention représente le meilleur moyen thérapeutique.

## P72. L'ACIDOSE METABOLIQUE AU COURS DE L'ASTHME AIGU GRAVE : INCIDENCE ET IMPACT SUR LE PRONOSTIC

AUTEURS : ALLALA.R\*, MEDHIOUB F, CHTARA K, TURKI O, CHAARI A, CHELLY H, BEN HAMIDA C, BAHLOUL M, BOUAZIZ M.

*Service de réanimation médicale CHU Habib Bourguiba.Tunisie*

**Introduction :** L'acidose métabolique (AM) au cours des crises d'asthme aigu grave (AAG) est fréquente multifactorielle. L'objectif de notre étude est de déterminer l'incidence de l'acidose métabolique au cours de l'AAG ainsi que son impact sur le pronostic des patients.

**Patients et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients hospitalisés pour AAG entre janvier 2008 et juin 2015. Les paramètres recueillis ont été d'ordre épidémiologique, clinique, para-clinique, thérapeutique et évolutif. Afin de déterminer l'impact pronostic de cette complication, nous avons comparé les deux groupes avec et sans AM.



**Résultats :** Cinquante patients admis en réanimation pour AAG. L'âge moyen a été de  $37,4 \pm 15,7$ , avec une prédominance masculine. Le SAPSIII a été de  $47,1 \pm 7,2$  et Le SOFA à l'admission de  $4,7 \pm 2,6$ . Vingt six patients (52%) ont présenté à l'admission une AM. L'étiologie de l'acidose métabolique a été une hypoxémie dans 100% des cas. Cette AM a été aggravée par une insuffisance circulatoire aigue dans 12 cas (46,2%) et par la prise de terbutaline nébulisée chez 3 patients. La comparaison des deux groupes avec et sans AM a montré que cette complication métabolique n'a pas été associée à un mauvais pronostic. En effet, La durée de la ventilation mécanique, la durée de séjour et la mortalité ont été comparable entre les groupes avec et sans AM.

**Conclusion :** L'AM au cours de l'AAG est fréquente. Elle est secondaire à l'hypoxémie, l'EDC ou à la prise de terbutaline nébulisée en grande quantité. Elle est sans impact sur le pronostic des patients.

## **P73. LEUCOSTASE PULMONAIRE : COMPLICATION RESPIRATOIRE RARE ET FATALE DE LA LEUCEMIE AIGUE MYELOIDE HYPERLEUCOCYTAIRE**

AUTEURS : AYED SAMIA<sup>(1)</sup>, KHELIL NEILA<sup>(2)</sup>

*Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital des FSI La Marsa 1*

**Introduction :** Les atteintes pulmonaires spécifiques des hémopathies malignes sont rares et peu décrites dans la littérature. L'étiologie infectieuse est à considérer en premier lieu, cependant l'origine non infectieuse survient dans 25 à 50% des cas. Elles peuvent se manifester sous forme d'hémorragie intra-alvéolaire, d'œdème lésionnel ou de maladie thromboembolique. La leucostase pulmonaire est une complication respiratoire rare mais spécifique et de mauvais pronostic de la leucémie aigue myéloïde (LAM). Nous décrivons ici le cas d'un adulte jeune admis dans un tableau de détresse respiratoire aigue concomitante avec le diagnostic d'une LAM et en rapport avec une leucostase pulmonaire.

**Cas clinique :** Mr M.A âgé de 44ans, hospitalisé au service d'hématologie Aziza Othmana pour une hyperleucocytose à 457000 éléments/mm<sup>3</sup> avec des blastes circulants au frottis sanguin. Le myélogramme montre une moelle envahie à 100% de blastes et l'immunophénotypage confirme le diagnostic d'une leucémie aigue myéloïde. La chimiothérapie a été débutée d'emblée devant le dédoublement rapide du compte de globules blancs, l'installation de signes d'insuffisance respiratoire aigue avec un syndrome alvéolaire diffus à la radiographie thoracique évoquant un œdème lésionnel et motivant son transfert dans notre service de réanimation. Le score de probabilité de leucostase pulmonaire dit de Novotny était à 3. Le patient a été mis initialement sous antibiothérapie à base de Piperacilline + Tazobactam. L'enquête bactériologique initiale était négative. La réponse au traitement était lente nécessitant la prolongation du protocole de chimiothérapie. L'évolution était marquée par l'aggravation de l'état respiratoire, l'installation d'un état de choc septique à point de départ pulmonaire et le décès dans un tableau de défaillance multiviscérale.

**Conclusion :** Le diagnostic de leucostase pulmonaire doit être porté devant toute insuffisance respiratoire aigue en rapport avec un œdème pulmonaire lésionnel en dehors de tout contexte infectieux et survenant dans le cadre d'une leucémie aigue myéloïde lymphoblastique.

## **P74. FLASH PULMONARY EDEMA IN A 24-YEARS AGED PATIENT AFTER ARTERIOVENOUS FISTULA CREATION : A CASE REPORT.**

AUTEURS : HAMDAOUI Y\*, KHEDHER A, MEDDEB K, AYACHI J, BRAHIM W, NOUIRA H, AZOUZI A, BOUNEB R, ANOUN M, BOUSSARSAR M

*Service de réanimation médicale. Hôpital Universitaire Farhat Hached. Sousse, Tunisie*

**Background:** Acute pulmonary edema in patients undergoing chronic renal replacement therapy is a common cause of hospital admission in this population. It is commonly caused by chest infection, excessive interdialytic weight gain and inappropriate dry weight estimation. The surgical creation of arteriovenous fistula (AVF) is an under-recognized cause of acute pulmonary edema known as flash pulmonary edema.

**Case presentation:** We report the case of a 24-years old young female, without history of previous cardiovascular disease who presented with acute respiratory failure consecutive to pulmonary edema 12 hours after the surgical creation of AVF. Rapid onset, symptoms chronology, the absence of severely impaired left ventricular function or excessive fluid balance and Doppler ultrasonography showing high output through the AVF confirmed the flash mechanism of pulmonary edema. Patient rapidly recovered after adequate and frequent hemodialysis sessions.



## P75. SDRA ET MYELOME MULTIPLE: A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : BEN GHEZALA H.\*, SNOUDA S., DAUDI R., KADDOUR M, ABBÉS MF.

*Service universitaire des urgences et de soins intensifs, hôpital régional Zaghwan*

**Introduction :** Le Myélome multiple ou maladie de Kahler est une infiltration plasmocytaire maligne de la moelle osseuse. Elle s'accompagne, en général de la sécrétion d'une immunoglobuline monoclonale complète ou bien seulement d'une chaîne légère et des manifestations osseuses cliniques ou radiologiques. Il associe trois types de manifestations : hématologiques, biochimiques et osseuses. Les manifestations pulmonaires spécifiques observés dans le contexte de myélome sont rares mais diverses. On rapporte dans ce travail l'observation d'un patient atteint de SDRA associé à une forte suspicion de myélome multiple

**Observation :** Patient âgé de 40ans, sans antécédents pathologiques notables, qui a consulté pour altération de l'état général, des douleurs osseuses diffuses évoluant depuis un mois et une dyspnée. L'examen clinique : OMS: 3, déshydrations globale, douleurs osseuses diffuses. Le bilan biologique: anémie à 6,3 g/dl, thrombopénie à 77.000/mm<sup>3</sup>, GB: 10200/mm<sup>3</sup>, VS accélérée à 108, hypercalcémie à 3,25 et une insuffisance rénale, (créatinines: 212). EPP: pic monoclonal des gammaglobulines à 68,2 g/l, PT: 112g/l, Albumine: 29,6, alpha1: 4,03, alpha2: 4,26, beta1: 2,69, beta 2: 3,14. Il s'agit à priori d'un myélome multiple stade III B. Radio thorax: images nodulaires bilatérales. TDM thoracique: infiltrat alvéolaire bilatéral périliculaire, aspect en faveur d'une hémorragie ou protéinose alvéolaire. L'évolution est marquée par une aggravation rapide de l'état respiratoire avec un tableau de SRDA nécessitant le transfert en réanimation avec une assistance respiratoire

**Le reste du bilan :** myélogramme et caryotype n'a pas été réalisé, le patient est décédé au service de réanimation.

**Conclusion :** L'atteinte pulmonaire au cours du myélome multiple est rare, elle peut être d'origine infectieuse impliquant surtout les germes encapsulés en raison du déficit de l'immunité humorale. Parmi les causes non infectieuses, il faut évoquer les œdèmes pulmonaires liés à l'amylose cardiaque ou rénale, mais aussi la maladie thromboembolique. L'atteinte spécifique est d'aspect pluri-nodulaire. Le diagnostic repose sur l'examen anatomo-pathologique, le traitement spécifique du myélome serait efficace.

## P76. L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE DECOMPENSEE: LES FACTEURS PRONOSTIQUES

AUTEURS : SMA N\*, GHZEL R, KHALDI M, ADALA D, BEL HAJ TAHER Y, METHAMEM MEHDI

*service des urgences hôpital universitaire farhat hached sousse*

**Introduction :** L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie générale à point de départ respiratoire. L'identification des facteurs pronostiques contribue à une prise en charge adéquate.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective menée aux urgences FH sur 6 mois ayant colligé 152 malades. Deux critères d'inclusion ont été adoptés : le critère d'insuffisance respiratoire chronique et le critère de décompensation aiguë. Les facteurs pronostiques ont été établis en étudiant le lien entre les signes de gravité et le recours à la VNI d'une part, et en analysant le devenir des malades d'autre part.

**Résultats :** Les signes cliniques associés de façon significative au recours à la VNI étaient : La somnolence ( $p = 0,009$ ) ; L'utilisation des muscles respiratoires accessoires ( $p = 0,016$ ) ; La cyanose ( $p = 0,038$ ). Les signes para-cliniques associés de façon significative au recours à la VNI étaient : La pratique d'un gaz du sang artériel ( $p < 0,001$ ) ; Un pH sanguin  $< 7,3$  ( $p = 0,004$ ) ; Une  $\text{PaCO}_2 > 45$  mm Hg ( $p < 0,001$ ) ; La présence d'une hyperleucocytose ( $p = 0,019$ ). Le devenir des patients a été associé de façon significative au recours à la VNI ( $p = 0,007$ ). En effet, la majorité des patients qui ont eu recours à la VNI ont été hospitalisés au service de Pneumologie ou de Réanimation Médicale.

**Conclusion :** Ces données sont une avancée supplémentaire dans la compréhension de la maladie et l'optimisation du diagnostic, de l'évaluation et de la prise en charge des patients.

## P77. LA PRISE EN CHARGE DES NOYADES AUX URGENCES

AUTEURS : BEN HASSINE N\*, RAMEH K, BEN SOLTANE H, LANOUAR M, BEN FTIMA R, METHAMEM MEHDI

*service des urgences hôpital universitaire farhat hached sousse*

**Introduction :** Les noyades chez l'adulte sont des événements graves et parfois mortels. Notre étude a pour but de mieux préciser l'épidémiologie et les complications respiratoires de ces accidents au sein de nos urgences.

**Matériels et méthodes :** Nous avons colligés les patients hospitalisés pour noyade dans nos urgences entre juillet 2015 et août 2015. Ont été recueillis : les caractéristiques démographiques, les circonstances de survenue, le stade, l'imagerie thoracique, la gazométrie, la prise en charge hospitalière et le devenir de ces patients.

**Résultats :** Onze patients ont été hospitalisés, âge moyen de 27 ans. La noyade était en eau de mer dans 99% des cas. La noyade était secondaire dans 54% des cas. Le stade de la noyade était stade II dans 55% des cas et stade III dans 45% des cas. La prise en charge était la suivante : ventilation mécanique 45%, CPAP 55%, antibiothérapie 88 %. La radiographie thoracique était normale dans 54% des cas, une acidose métabolique à la gazométrie dans 54% des cas. Enfin, nous avons déploré : 7 patients admis en réanimation médicale avec bonne évolution, 4 patients sortis de nos urgences après une durée moyenne de 10,5h d'oxygénothérapie par CPAP.

**Conclusion :** Les noyades peuvent avoir de lourdes conséquences essentiellement neurologiques. Les éventuelles séquelles respiratoires à long terme sont mal étudiées. L'accent doit être mis sur la prévention de ces accidents.

## **P78. ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME COMPLICATING VARICELLA IN ADULT: A CASE REPORT**

AUTEURS: KRAIEM.Z\*, MHAMDI.S, AJINA.A, NAKHLI.MS, HARRATHI.A, KHADHRAOUI.M, NAIJA.W

*Intensive Care Unit – Sahloul Hospital*

**Introduction :** Varicella is a common contagious infection in childhood with increasing incidence in adults but it still uncommon. Pneumonia complicated with acute respiratory distress syndrome (ARDS) is very rare, and it is the most serious complication that commonly affects adults.

**Observation:** We report a case of ARDS secondary to varicella pneumonia in a 45 year-old-man with primary varicella. The patient was otherwise healthy and had no evidence of human immunodeficiency virus infection. The initial chest radiograph showed bilateral reticulonodular infiltrates, with quickly evolved to diffuse alveolar consolidations. Arterial blood gas analysis revealed a ratio of arterial partial pressure to fraction on inspired oxygen of 86. Abnormal liver function and thrombocytopenia was also noted. Treatment consisted of mechanical ventilatory support and intravenous administration of acyclovir (10mg/kg/8h). His pulmonary condition gradually improved and he was successfully weaned from the ventilator 1 week later. He was discharged on the 21th hospital day with a favorable outcome. His pulmonary function improved progressively, with normal spirometry and lung volumes.

**Conclusion:** The intensive care admission, with the early administration of intravenous acyclovir and recognition of the severity of the hypoxaemia resulting from varicella pneumonia (which can be reversed with PEEP), should reduce the mortality of severe varicella pneumonia in adults.

## **P79. ACUTE RESPIRATORY FAILURE IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: NEED OF A COMPREHENSIVE AND SYSTEMATIC APPROACH FOR A CHALLENGING BROAD DIFFERENTIAL DIAGNOSIS.**

AUTEURS : MEJRI O\*, BEJI O, ATIG R, ROMDHANI S, BAROUDI J, SBOUI G, HMOUDA H.

*Medical Intensive Care Unit, Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia.*

**Introduction:** Thoracic involvement occurs more frequently in systemic lupus erythematosus (SLE) than in any other connective tissue diseases, and more than half of patients with the disease suffer from this involvement. At some time during their course, most patients with SLE show signs of involvement of the lung, its vasculature, the pleura, and the diaphragm. In addition, acute respiratory failure (ARF) of cardiac origin, or related to immunosuppressive therapy is not rare. Life threatening events like acute lupus pneumonitis or acute pulmonary haemorrhage should be considered. We report a patient with SLE who developed acute respiratory failure and discuss the approach to manage pulmonary emergencies in lupus patients.

**Case presentation:** A 38-year-old woman with a 4-year history of SLE presented with fever, cough, and dyspnea. On physical examination, the patient appeared ill and in acute respiratory distress. She was febrile, tachycardic, tachypneic, hypoxemic, and had diffuse inspiratory crackles. There was no evidence of rash, synovitis, abdominal tenderness, or cardiac murmur. Chest CT scan was notable for bilateral peripheral ground-glass opacities, fibrotic changes with traction bronchiectasis most prominent in the middle and lower lung fields, as well as right lower lobe consolidation. Microbiological exams were negative. Management included non invasive ventilation, broad spectrum antibiotics, immunosuppressives and corticosteroids. The patient improved within six days and was transferred to the internal medicine inpatient ward for further management.

**Discussion:** This patient represents a diagnostic challenge that intensivists often encounter in the management of patients with SLE who have multiorgan involvement and who are receiving immunosuppression: are these new symptoms a result of infection, active inflammation from SLE, or other origin? The initial focus for an SLE patient with fever and acute respiratory distress should be to evaluate for an underlying infection; however, the differential diagnosis in this setting is broad and requires comprehensive and multidisciplinary evaluation. Given the patient's multiorgan inflammation attributable to SLE, acute lupus pneumonitis was considered; however, acute lupus pneumonitis is a rare manifestation of SLE. It is typically a differential diagnosis after having excluded other etiologies. In

our patient, a number of alternative etiologies have been discussed, particularly infection and subacute interstitial lung disease. The mainstay of acute lupus pneumonitis treatment is systemic corticosteroids and immunosuppressive therapy. Empiric antibiotics are often started early then discontinued as cultures return negative for infections.

**Conclusion:** ARF may complicate SLE with a broad spectrum of etiologies. It is an important cause of morbidity and mortality. As with other connective tissue diseases, early and specific therapeutic intervention may be indicated for many of these pleuro-pulmonary manifestations. Decisive differentiation between acute pneumonitis and infection is mandatory.

## **P80. HISTIOCYTOSE X PULMONAIRE DIAGNOSTIQUÉE PAR LAVAGE BRONCHOALVÉOLAIRE**

AUTEURS : A. JAMOSSI <sup>(1)</sup>, F. FEKI <sup>(1)</sup>, T. MERHEBENE <sup>(1)</sup>, H. BEN LAKHEL <sup>(1)</sup>, S. MAALEJ <sup>(2)</sup>, S. AOUEDI <sup>(2)</sup>, J. BEN KHELIL <sup>(1)</sup>, M. BESBES <sup>(1)</sup>

<sup>1</sup>: Hôpital Abderrahmen Mami, Réanimation respiratoire 2; Hôpital Abderrahmen Mami, Service de pneumologie Pavillon D

**Introduction :** L'histiocytose X est une pathologie potentiellement multifocale qui peut toucher le système respiratoire et le système nerveux central. Les rares manifestations extra-respiratoires de l'histiocytose X sont dominées par une symptomatologie endocrinienne. Nous rapportons l'observation d'une jeune patiente présentant une association de tuberculose pulmonaire avec une histiocytose X dont le diagnostic a été obtenu par lavage bronchiolo-alvéolaire.

**Observation :** Mlle A.I âgée de 27 ans, non tabagique, aux antécédents d'hypothyroïdie sous traitement substitutif, a été hospitalisée en réanimation pour insuffisance respiratoire aiguë. L'histoire de la maladie débute en juin 2013, soit un mois avant l'admission en réanimation, marquée par une dyspnée, une fièvre, une asthénie importante et des signes d'imprégnation tuberculinique. La recherche de BK était positive et la patiente a été mise sous traitement antituberculeux puis mise sortante à domicile. A 4 semaines de traitement, elle a présenté une insuffisance respiratoire aiguë nécessitant son admission au service de réanimation. La radiographie thoracique a montré l'apparition de nouvelles opacités alvéolo-interstitielles bilatérales. Sur le plan biologique, il n'y a pas de syndrome inflammatoire biologique (GB=5400, procalcitonine négative), dosage des anticorps antinucléaires, anticorps antiphospholipides et ANCA négatifs, le dosage des immunoglobulines étant normaux (absence de déficit). Sur le plan microbiologique, les nouvelles recherches de BK et les hémocultures étaient négatives, la sérologie de la fièvre Q était négative. Une TDM thoracique a été réalisée montrant des opacités en verre dépoli d'aspect compatible avec une pneumocystose. Un premier LBA a infirmé la présence de *Pneumocystis jirovecii*. L'évolution a été marquée par la survenue de plusieurs épisodes de pneumothorax à bascule, ayant finalement nécessité un traitement chirurgical par pleurodèse. A ce stade, le diagnostic d'histiocytose X a été évoqué devant les ATCD d'hypothyroïdie, les nouvelles images radiologiques non étiquetées et la survenue de pneumothorax. Un 2<sup>ème</sup> LBA a été pratiqué trouvant une alvéolite lymphocytaire avec présence de CD1a à 10% (396 000 éléments/ml avec 44% de macrophages alvéolaires, 41% de lymphocytes et 15% PNN). Le diagnostic d'histiocytose X a été alors retenu et la patiente a été mise sous corticothérapie à forte dose avec une amélioration de son état et sa sortie sous OLD. Elle a été revue à plusieurs reprises à notre consultation externe où les corticoïdes ont été dégressés. L'évolution ultérieure (4 mois) était favorable avec sevrage de l'OLD et nettoyage radiologique partiel.

**Conclusions:** Cette observation illustre la difficulté diagnostique de l'histiocytose X pulmonaire surtout quand elle s'associe à une tuberculose pulmonaire. Le LBA trouve sa place en évoquant fortement le diagnostic d'histiocytose X lequel a été conforté par l'évolution sous traitement. Cependant, la confirmation du diagnostic ne peut être basée que sur l'examen anatomopathologique d'une biopsie chirurgicale qui reste une procédure non dénuée de risques sur ce terrain.

## **P81. PROBLEMES RESPIRATOIRES A LA PHASE AIGUE ET VENTILATION MECANIQUE DANS LES TRAUMATISMES CRANIENS DE L'ENFANT**

AUTEURS : M.BEN ALI\*, L.STAMBOULI, F.HAFI, K.SASSI, R.LAZREG, N.LATRACH, A.CHAKROUN, M.HAMDENE, CHAKROUN.S, K.MOULA, N.BENBRAHIM, B.SALEM.F, M.GAHBICHE.

Service d'Anesthésie-Réanimation CHU F.B.Monastir

**Introduction:** L'hypoxie est parmi les agressions cérébrales secondaires d'origine systémique (ACSOS) les plus fréquemment rencontrées à la phase aiguë d'un traumatisme crânien (TC). La détresse respiratoire aiguë non traitée est source de mortalité précoce. La prise en charge respiratoire demeure la première priorité de la réanimation initiale. La mise en route d'une ventilation mécanique (VM) permet de bien contrôler l'oxygénation et éviter l'aggravation secondaire de lésions cérébrales.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective menée de 2002 à 2011 colligeant les dossiers des enfants (âge < 15 ans) victimes d'un TC avec ou sans un polytraumatisme. Un GCS ≤ 8 définit un TC grave, entre 9 et 12 TC modéré et un GCS ≥ 13 TC léger. La fréquence respiratoire (FR) et la saturation pulsée en oxygène (SpO<sub>2</sub>) ont été notées ainsi

que les données de la gazométrie artérielle (GDS) initiale. L'hypoxémie (cyanose,  $\text{PaO}_2 < 60$  mmHg), l'hypercapnie ( $\text{PaCO}_2 > 45$  mmHg) et l'hypocapnie ( $\text{PaCO}_2 < 30$  mmHg) ont été recherchées. Une défaillance respiratoire était définie soit par  $\text{PaO}_2 < 60$  mmHg,  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$  en l'absence de cardiopathie cyanogène et de maladie respiratoire antérieure,  $\text{PaCO}_2 > 65$  mmHg,  $\text{PaCO}_2 > 20$  mmHg par rapport à la  $\text{PaCO}_2$  de base,  $\text{FiO}_2 > 50\%$  pour maintenir une  $\text{SpO}_2 > 92\%$  et Nécessité d'une VM.

**Résultats :** Nous avons colligé 161 dossiers de TC. 105 enfants (65,2%) avaient un TC grave. Un traumatisme thoracique (TT) associé a été noté chez 15 patients (9,3%). L'âge moyen a été de  $6,85 \pm 3,7$  ans (5 mois-14 ans). A l'admission en réanimation, la FR moyenne était de  $24 \pm 9$  c/mn, la  $\text{SpO}_2$  moyenne était de  $96,39 \pm 3,42\%$ , dont 13% des cas une  $\text{SpO}_2 \leq 90\%$ . Le pH moyen de  $7,29 \pm 0,14$ . Une acidose a été observée chez 86 patients, sévère ( $\text{pH} < 7,20$ ) dans 13,3% des cas. La  $\text{PaCO}_2$  moyenne a été de  $39 \pm 11$  mmHg. L'hypercapnie (48 cas) et l'hypocapnie (45 cas) étaient les plus fréquemment observées. L'hypoxie était relevée dans 26 cas. La valeur moyenne du  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  à l'admission a été de  $376 \pm 123$ . Un rapport  $< 300$  a été observé chez 33 patients et  $< 200$  chez 17 patients. Le recours initial à la VM a été préconisé chez 136 enfants pour une durée moyenne de  $5,4 \pm 8,1$  jours. La ventilation était réalisée et tolérée en mode pression contrôlée dans un 1/3 des cas. Le taux de mortalité était de 27,2% chez les patients ventilés alors qu'aucun décès n'a été constaté chez les patients non intubés. En analyse univariée, le recours à la VM ( $p < 0,001$ ), la présence d'un TT associé ( $p = 0,022$ ), hypoxémie ( $p < 0,001$ ), hypercapnie ( $p = 0,015$ ) et sédation ( $p < 0,001$ ) ont été corrélées à la mortalité à court terme. La valeur du pH a été significativement plus basse chez les patients décédés ( $p < 0,001$ ). En analyse multivariée, parmi les variables respiratoires, l'hypoxémie et l'hypocapnie étaient corrélées à un mauvais pronostic vital.

**Conclusion :** La VM doit rester d'indication large en cas de TC chez l'enfant. Sa gestion passe par une stratégie adaptée et vise au mieux de prévenir l'aggravation des lésions cérébrales initiales.

## **P82. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE FOND DES PATIENTS ADMIS EN RÉANIMATION POUR EABPCO : ÉVOLUTION ET CONFORMITÉ AUX RECOMMANDATIONS GOLD.**

AUTEURS : JABLA R, OUANES I, HAMMED H, MARZOUK M, BOUJELBÈNE N, HACHANI A, BEN ABDALLAH S, BEN LAKHAL H, GHRIBI CH, BEN ALI I, ABDELLAOUI I, DACHRAOUI F, OUANES-BESBES L, ABRoug F.

Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir.

**Introduction:** Le traitement pharmacologique de base des patients BPCO joue un rôle important dans la prévention de survenue des exacerbations aiguës. L'objectif de notre étude est de décrire l'évolution en fonction des années du traitement de base ainsi que sa conformité aux recommandations GOLD dans une cohorte de patients admis en réanimation pour EABPCO.

**Patients et Méthodes:** Il s'agit d'une étude de cohorte observationnelle incluant les patients admis dans notre réanimation entre 2000 et 2012 pour EABPCO. Nous avons analysé la conformité du traitement de fond aux recommandations GOLD 2001 et 2007.

**Résultats:** Durant la période d'étude 440 patients étaient admis pour 552 épisodes d'EABPCO nécessitant une assistance ventilatoire (VNI dans 67,8%). Le tableau ci-dessous montre les caractéristiques des patients et les traitements de fond utilisés dans cette cohorte :

Variables	Patients n= 440	
Ageméd (IQR)	68 (61-74)	
Sexe(H/F)	372/68	
pH admission en réaméd (IQR)	7,28 (7,23-7,32)	
Durée d'évolution de la BPCO(année), méd (IQR)	7 (4-15)	
Traitement de base	Théophylline n (%)	107 (24,3)
	2 courte durée d'action n (%)	197 (48,8)
	2 longue durée d'action n (%)	46 (10,4)
	Anticholinergique inhalé n (%)	39 (8,9)
	Corticoïdes inhalés n (%)	116 (26,4)
	Corticoïdes systémiques n (%)	37 (8,4)

L'utilisation de la théophylline a baissé significativement de 50% (en 2000) à 21,4% (en 2012), celle des 2-méthétique à courte durée d'action est resté inchangée (70,1% en 2000 – 64,3% en 2012), alors que l'utilisation des anticholinergiques et des corticoïdes inhalés a augmenté significativement durant la même période (respectivement de 0% à 18% et de 13% à 60%). Pour les patients dont le VEMS a été disponible et la classification GOLD était possible, le traitement de fond était conforme aux recommandations 2001 et 2007 respectivement dans 58,9% et 15,6% des cas.



**Conclusion:** Dans cette cohorte de BPCO sévère admis en réanimation pour exacerbations aiguë, l'adhérence aux GOLD 2001 et 2007 varie substantiellement et peut être expliquée par le changement des recommandations concernant l'utilisation des  $\beta_2$  mimétique à longue durée d'action.

### **P83. UNE HYPOXÉMIE SÉVÈRE RÉVÉLATRICE D'UN LUPUS ÉRYTHÉMATEUX SYSTÉMIQUE : À PROPOS D'UN CAS.**

AUTEURS : MATEUR H, GHARBI R, BEN SIK ALI H, TOUIL Y, TILOUCHE N, TALIK I, FEKIH HASSEN M, ELATROUS S

*Service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar Mahdia.*

**Introduction :** L'hypoxémie est une complication rare du lupus érythémateux disséminé (LED). Nous rapportons le cas d'une hypoxémie révélatrice d'un LED.

**Observation :** Mme T A, âgée de 36ans, aux antécédents d'hospitalisation en réanimation médicale pour SDRA compliquant une grippe H1N1 qui a bien évolué sous ventilation mécanique protectrice et administration d'une corticothérapie. Une EFR à la sortie de réanimation objective une CVF 1,73(54%), VEMS1, 68(61%). Depuis la patiente garde une dyspnée aux efforts avec sur le plan métabolique apparition d'un diabète induit. L'histoire actuelle remonte à un mois par l'aggravation de sa dyspnée devenant stade IV. Devant le tableau d'insuffisance respiratoire avec une hypoxémie sévère  $PO_2$  : 43 mmHg et une radiographie de thorax sans anomalies, elle a été hospitalisée en réanimation. L'échographie cardiaque avait révélée une HTAP sévère à 75 cmH<sub>2</sub>O, une dilatation des cavités droites, un septum paradoxal comprimant le VG et la présence d'un foramen oval. Le diagnostic d'une embolie pulmonaire avait été éliminé par un angioscanner thoracique. Dans le cadre du bilan étiologique de cette hypoxémie un bilan immunologique a conclu à un lupus érythémateux disséminé. La conduite thérapeutique a été la mise sous ventilation mécanique invasive avec administration de 3 bolus de solumédrols en association avec le sildénafil à la dose de 100mg par jour et l'adjonction de NO. L'évolution était favorable et la patiente a été extubée avec une échographie de contrôle ayant montré une diminution de l'HTAP à 40cmH<sub>2</sub>O et une épreuve de contraste devenue négative. Elle a été mise sous anti coagulation curative par AVK et sildénafil et transférée au service de médecine interne.

**Discussion :** L'hypoxémie dans le cadre d'un lupus érythémateux disséminé peut être due suite à une altération parenchymateuse interstitielle ou à une complication telle que la survenue d'une embolie pulmonaire. Une HTAP importante associée à une reperméabilisation d'un foramen ovale est une cause très rare. Le traitement médical est essentiellement symptomatique et étiologique par la prescription de traitement immunosuppresseur et vasodilatateur pulmonaire précédant l'acte chirurgical.

**Conclusion :** L'hypoxémie avec une radiographie thoracique normale sont exceptionnellement révélatrices d'un LED. Une exploration par ETT à la recherche de HTAP et de foramen ovale ainsi que la réalisation d'un bilan immunologique sont essentiels dans le cadre étiologique de toute hypoxémie. Le traitement est essentiellement étiologique par les immunosuppresseurs en adjonction au vasodilatateur pulmonaire en attente du traitement chirurgical du foramen ovale.

### **P84. LE SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGÛE DE L'ENFANT : A PROPOS DE 14 CAS.**

AUTEURS : MAHDOUNI S \*, TILOUCHE S, MLIKA A, DRIDI H, SOYAH N, KAHLOUL N, TEJ A, KEBAILI R, BOUGUILA J, BOUGHAMMOURA L.

*Service de pédiatrie, CHU Farhat Hached, Sousse.*

**Introduction :** Le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) concerne 1 à 5% des patients hospitalisés dans les services de réanimation pédiatrique. Bien que la connaissance du SDRA de l'enfant repose essentiellement sur les avancées de la médecine adulte, il garde quelques particularités. Le but de notre travail était d'étudier le profil épidémiologique, étiologique et évolutif des enfants ayant développé un SDRA.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective à propos de 14 cas de SDRA de l'enfant colligés sur une période de 6ans (2009 et 2014) dans le service de pédiatrie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse.

**Résultats :** Durant cette période, 14 cas étaient répertoriés dont 9 garçons et 5 filles (sexe ratio=1,8). L'âge moyen était de 2ans 9 mois avec des extrêmes allant de 1 mois à 14ans. Un terrain pathologique était retrouvé dans 78,6% des cas. Il était représenté par une prématurité chez 3 patients, un déficit immunitaire congénital dans 2 cas et acquis (une infection par VIH) dans un autre cas et une leucémie aiguë lymphoblastique chez deux enfants. Le motif d'admission était une détresse respiratoire dans la majorité des cas (12/14), le rapport  $PaO_2/FiO_2$  moyen était de  $76,2 \pm 31,4$  mmHg avec des extrêmes entre 45,9 et 168 mmHg. Les principales étiologies retrouvées du SDRA étaient : le corps étranger intrabronchique, la bronchiolite à VRS, la pneumopathie bactérienne à *Pseudomonas*, l'aspergillose pulmonaire, la coqueluche et la grippe A (H1N1). Sur le plan thérapeutique, tous les patients avaient nécessité une ventilation mécanique. Le mode conventionnel était utilisé chez 13 patients avec une durée moyenne de  $5,9 \pm 6,5$  jours (1-25jours). Nous avons eu recours à la ventilation par oscillation à haute fréquence dans la moitié



des cas avec une durée moyenne de  $3,2 \pm 5,3$  jours (1- 19 jours). Six patients avaient reçu le monoxyde d'azote inhalé. Une antibiothérapie était prescrite chez tous les malades avec une durée moyenne de  $12,6 \pm 6,9$  jours. Trois patients avaient reçu une corticothérapie. Les complications survenant au cours de l'évolution étaient dominées par l'infection nosocomiale et la défaillance hémodynamique dans 13 cas chacune. Le décès était survenu chez 12 patients et il était en rapport avec le SDRA chez 9 enfants.

**Conclusion :** Malgré les progrès thérapeutiques réalisés ces dernières années, le SDRA de l'enfant reste grevé d'une lourde mortalité. C'est en suivant les recommandations de la médecine adulte et en les adaptant aux spécificités développementales, voire aux terrains fragiles pédiatriques, que l'on peut espérer améliorer le pronostic du SDRA de l'enfant.

## **P85. FACTEUR VIIA DANS LE TRAITEMENT DE L'HÉMORRAGIE INTRA-ALVÉOLAIRE: À PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : T. KHZOURI\*(<sup>1</sup>), A. JAMOSSI(<sup>1</sup>), T. MERHABENE(<sup>1</sup>), M. MARZOUK(<sup>2</sup>), F. ABROUG(<sup>2</sup>), J. BEN KHELIL(<sup>1</sup>), M. BESBES(<sup>1</sup>)

<sup>1</sup>Service de réanimation médicale Hopital A Mami Ariana.

<sup>2</sup>Service de réanimation médicale Hopital F Bourguiba. Monastir

**Introduction :** L'hémorragie intra-alvéolaire (HIA) est une urgence diagnostique et thérapeutique pouvant engager le pronostic vital par l'installation d'une insuffisance respiratoire aigue rapidement asphyxiante. Ses étiologies sont multiples pouvant être immunologiques ou non immunologiques. Le facteur VII activé recombinant (F VIIa) est une nouvelle classe thérapeutique qui a été testée comme traitement symptomatique des HIA graves échappant au traitement conventionnel quelle qu'en soit la cause.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 19ans, suivi pour maladie de Good Pasture avec insuffisance rénale terminale, hospitalisé en réanimation pour prise en charge d'une HIA diffuse grave. Le patient a été antérieurement traité par une corticothérapie à fortes doses, des boli d'Endoxan et a bénéficié de cinq séances de plasmaphérèse. L'HIA était qualifiée de grave devant le tableau de SDRA sévère ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 48$  mmHg) avec recours à la ventilation mécanique ; un état de choc hémorragique avec une déglobulisation majeure (Hb à 1,6 g/dl) ayant nécessité des transfusions itératives et la mise sous drogues vasoactives. Le traitement étiologique de l'HIA (plasmaphérèse et immunosuppresseurs) n'a pas pu être démarré devant la présence d'une septicémie à *Acinetobacter baumani* et à *Pseudomonas aeruginosa*. Devant la persistance des hémoptysies de grande abondance, un traitement hémostatique à base de facteur VIIa à la dose de  $90 \mu\text{g}/\text{kg}$  par voie intraveineuse lente a été instauré. Le saignement a ainsi pu être contrôlé sans survenue de CIVD ; les séances de plasmaphérèse et un bolus d'Endoxan ont été démarrés après le contrôle de l'infection. L'évolution a été favorable avec disparition de l'hémoptysie et nettoyage radiologique. Le malade a été par la suite extubé avec succès et est resté stable sur le plan respiratoire. Le pronostic ultérieur du malade a été conditionné par une atteinte neurologique à type de Posterior Reversible Encephalopathy Syndrom (PRES) en rapport avec sa maladie d'évolution fatale.

**Discussion :** Dans cette observation, le facteur VIIa a permis de passer un cap aigu en rapport avec une complication évolutive (une infection nosocomiale). L'évolution finalement favorable de l'HIA est probablement multifactorielle : séances de plasmaphérèse, bolus d'endoxan et ventilation mécanique.

**Conclusion :** Le facteur VIIa paraît être une nouvelle alternative efficace et prometteuse pour les HIA graves en association au traitement étiologique et symptomatique conventionnel. Cependant, une étude multicentrique à double bras avec un grand effectif est indispensable pour prouver l'efficacité et l'innocuité de ce traitement.

## **P86. PLACE DU DÉCUBITUS VENTRAL (DV) EN VENTILATION SPONTANÉE AU COURS DU SDRA**

AUTEURS : BAROUDI J\*, BÉJI O, ATIG R, SBOUTI G, ROMDHANI S, MÉJRI O, HMOUDA H

Service de Réanimation Médicale. Hôpital Sahloul Sousse

**Introduction :** Le Décubitus ventral est une technique de recrutement Alvéolaire Qui permet une redistribution de La Ventilation Vers Les Zones Dorsales et ainsi donc une homogénéisation des Rapports Ventilation/perfusion; une diminution De La Compression De Zones pulmonaires par le cœur ; une amélioration de la cinétique du diaphragme. Assez utilisé dans les SDRA sévère mais quand est-il de l'apport de cette technique en VS dans les SDRA modérés ?

**Observation 1 :** JF âgée de 20ans, sans antécédents particuliers, est admise en réanimation, pour une noyade primaire non compliquée (pas d'ACR; durée d'immersion 1', détresse respiratoire grave (RR à 40 cycle  $\text{SpO}_2$  68%, râles crépitant diffus, PAS à 100mmHg, à L'ECG une tachycardie sinusale. A la radiographie un aspect D'OAP lésionnel diffus. GDS pH: 7,35 ;  $\text{PaCO}_2$  : 38 mmHg  $\text{HCO}_3$  21 mmol/l,  $\text{SaO}_2$  :99%  $\text{PaO}_2$  : 171 mmHg sous CPAP (5 heures). Un essai de décubitus ventral par la suite a amélioré significativement la clinique et les échanges gazeux au bout d'une heure confirmé par une gazométrie : pH : 7,42.  $\text{PaCO}_2$  : 39 mmHg.  $\text{PaO}_2$  : 244 mmHg  $\text{HCO}_3$  : 25.9

mmol/l. L'évolution ultérieure a été favorable avec alternance CPAP et DV ; diminution progressive des besoins en oxygène autorisant sa mise sous masque à haute concentration avec un sevrage en O<sub>2</sub> à J4 et ce parallèlement à une amélioration radiologique. Sortie à domicile J10.

**Observation 2 :** Mr XY âgé de 45ans sans antécédents particuliers, admis pour une varicelle grave compliquée d'un SDRA sévère avec à l'examen une éruption vésiculaire cutanée diffuse, GCS 15, subfébrile à 37.8°C. RR 30 c/min, SpO<sub>2</sub> AA à 77%, tirage intercostal râles crépitants diffus aux 2 CP, pH 7.51. PaCO<sub>2</sub>:30 mmHg. PaO<sub>2</sub> :60 mmHg. HCO<sub>3</sub> 24 mmol/l. A la radiographie : est en faveur d'un OAP lésionnel bilatéral. Sur le plan hémodynamique pression artérielle à 112/52 mmHg FC 78 c/min, ECG normal, échographie cardiaque normale. Le diagnostic de SDRA sévère secondaire à une pneumonie varicelleuse est retenu. La conduite à tenir était une mise au repos strict du patient, une CPAP, une antibiothérapie par Zovirax pendant 12 jours, Claforan 6g/j et Ofloxacet 400mg/j. L'évolution initiale ne montrait pas d'amélioration notable, mais l'adjonction des séances de décubitus ventral à permis d'obtenir une amélioration clinique, gazométrique et radiologique d'où un sevrage rapide en oxygène et une sortie à domicile J7.

**Discussion :** La préservation de la ventilation spontanée au cours du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), selon que ce soit au moyen de la ventilation spontanée avec aide inspiratoire ou CPAP pourrait apporter certains bénéfices en termes d'hémodynamique, de prévention de la dysfonction diaphragmatique, de limitation de la durée de séjour en réanimation et de la durée de ventilation mécanique. En association avec le décubitus ventral, le pronostic vital semble meilleur, avec une amélioration clinique rapide reflétant une accélération probable du processus de cicatrisation alvéolaire permettant ainsi d'éviter le recours à l'intubation et la ventilation invasive ainsi que ses complications.

**Conclusion :** Bien qu'utilisée de façon anecdotique en ventilation spontanée, le rationnel du décubitus ventral existe toujours, la technique semble moins contraignante, mais vraisemblablement efficace. Des études prospectives pour essayer de mieux en cerner les modalités et les indications sont bien entendu indispensables.

## **P87. IMPACT DE L'ORIGINE IMMUNOLOGIQUE DE L'HEMORRAGIE ALVEOLAIRE SUR LE PRONOSTIC**

AUTEURS : H. MAAMOURI<sup>(1)</sup>, A. JAMOUSSE<sup>(1)</sup>, D. LAKHDHAR<sup>(1)</sup>, T. MERHEBENE<sup>(1)</sup>, E. BRAHAM<sup>(2)</sup>, F. EL MEZNI<sup>(2)</sup>, J. BEN KHELIL<sup>(1)</sup>, M. BESBES<sup>(1)</sup>

1: Hôpital Abderrahmen Mami, Réanimation respiratoire 2: Hôpital Abderrahmen Mami, Service d'anatomo-pathologie

**Introduction:** L'hémorragie intra-alvéolaire (HIA) est une urgence thérapeutique en raison de son retentissement respiratoire pouvant engager le pronostic vital. Elle comporte l'association d'une hémoptysie, d'une anémie et d'un infiltrat radiologique. La distinction entre l'origine immunologique et non immunologique est capitale tant sur le plan thérapeutique que sur le plan pronostique. But de l'étude: était d'évaluer la gravité et de déterminer la mortalité des patients ayant une HIA et de comparer cette mortalité selon l'origine immunologique ou non immunologique

**Matériels et Méthodes:** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 7ans (Janvier 2009 - Septembre 2015). Ont été inclus dans cette étude les patients hospitalisés au service de réanimation et ayant présenté une HIA. Le diagnostic de HIA a été retenu devant les données du lavage bronchiolo-alvéolaire avec un score de gold supérieur à 40 et/ou la présence d'images d'érythrophagocytose.

**Résultats:** Durant la période de l'étude, 46 patients présentant une HIA ont été inclus. La médiane d'âge était de 43±18 avec des extrêmes de 18 à 75ans et un sexe ratio à 1,58. Le score IGSII moyen était de 27,61± 15,7 et le score APACHE était de 14,65±6,66. Le principal motif d'hospitalisation était une insuffisance respiratoire aiguë retrouvée dans 33 cas (75%) avec un rapport P/F moyen à 198 mmHg. Le tableau clinique était dominé par une hémoptysie dans 23 cas (52%) associée ou non à des signes extra-respiratoires avec un syndrome pneumo rénal dans 23 cas (52,3%), des arthralgies dans 10 cas (22,7%) , des convulsions dans 5 cas (11,4%), un purpura dans 4 cas (9,1%) et enfin une conjonctivite dans 3 cas (6,8%). A l'imagerie thoracique, un aspect de condensation pulmonaire et un aspect de verre dépoli ont été notés dans 30 cas (65,21%). Au LBA, l'aspect était hémorragique dans 23 cas (50%), des images d'érythrophagocytose étaient notées dans 21 cas (47,7%) et le score de gold moyen était de 114 ± 75 (0-330). L'étiologie de l'HIA était immunologique dans 14 cas (30,43%) en rapport avec une maladie de Wegener dans 7 cas (15,21%), une maladie de Good Pasture dans 4 cas (8,69%) et enfin une polyangéite microscopique, une maladie de Henoch Schönlein et un purpura rhumatoïde avec chacun un cas. Le recours à la CPAP était nécessaire dans 12 cas (27,3%), à la VNI dans 16 cas (36,4%) et à la ventilation invasive dans 19 cas (41,3%). Vingt quatre patients (54,5%) ont reçu une corticothérapie, 7 des immunosuppresseurs (15,9%) et 8 ont eu des séances de plasmaphérèse (18,2%). La durée moyenne de séjour était de 14,59±13 (1-66J). La mortalité globale était de 31,8% (14 malades) sans différence significative entre le groupe immunologique et non immunologique (35,71% vs 30%; p = 0,48). Les principales causes de décès étaient une hypoxémie réfractaire dans 4 cas et un SDRA dans 7 cas.

**Conclusions:** L'hémorragie alvéolaire est une pathologie grevée d'une lourde morbidité qu'elle soit d'origine immunologique ou non.

## P88. SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUË DE CAUSES INHABITUELLES : ETUDE DE CINQ CAS

AUTEURS : A. TRIFI, M. BACHROUCH\*, S. ABDELLATIF, R. MANNAI, M. OUESLATI, F. DALY, R. NASRI, S. BEN LAKHAL

Service de réanimation médicale. CHU la Rabta Tunis, Tunisie

**Introduction :** Le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) est consécutif à un dommage alvéolaire diffus avec atteinte de la membrane alvéolo-capillaire. L'agression pulmonaire peut être directe ou indirecte. Les causes de SDRA sont nombreuses, mais les causes infectieuses sont de loin les plus fréquentes. Cependant, l'analyse autopsique ou des biopsies pulmonaires sur des patients ayant des critères de SDRA révèle d'autres diagnostics que celui de dommage alvéolaire diffus. En réanimation, l'incidence de ces causes inhabituelles est difficile à évaluer, du fait de la difficulté pour obtenir un diagnostic de certitude. Mais, il est important de reconnaître ces « simulateurs » de SDRA, car le pronostic dépend étroitement de l'adjonction précoce des corticoïdes ou immunosuppresseurs.

Nous abordons l'approche diagnostique et thérapeutique de certaines formes de SDRA d'étiologies inhabituelles à travers l'analyse de cinq observations. Ils s'agissaient de pneumopathie médicamenteuse (PM), pneumopathie organisée (PO), d'un syndrome des anti-synthétases, Good-Pasture, amylose et parfois de causes intriquées.

**Patients et Méthodes :** étude rétrospective entre 2012 et 2015. Inclus, tous les patients présentant un SDRA de causes inhabituelles. Le diagnostic de SDRA était affirmé par les critères diagnostiques selon la définition de Berlin 2012. Le diagnostic de SDRA de causes inhabituelles était retenu quand aucune des causes habituelles du SDRA n'a été identifiée. Les caractéristiques cliniques, bio-radiologiques, la prise en charge et l'évolution étaient analysées.

**Résultats :** Cinq patients ont été recensés : l'âge moyen à 60 ans, le sex ratio à 3/2, l'IGS II à  $39 \pm 17$  et le SOFA à J1 à  $5,8 \pm 2$ . Trois malades étaient polytarés et une prise médicamenteuse suspecte en cause de SDRA a été rapportée (n=3). Une dyspnée subaiguë était décelée chez les 5 patients avec hémoptysie dans 2 cas. L'atteinte extra pulmonaire la plus fréquente était rénale (n=4). Les critères de SDRA étaient atteints dès (n=2) ou dans 48 H (n=3) de l'admission en réanimation. La gravité selon le rapport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> initial était : SDRA léger (2), SDRA modéré (1) et SDRA sévère (2). La TDM thoracique a authentifié le caractère multifocal avec la présence de plages d'hyperdensités en verre dépoli (n=5). Le LBA a été réalisé dans 3 cas : aspect hématique avec présence de sidérophages (2) et alvéolite lymphocytaire (1). L'approche diagnostique des différentes formes figure sur le tableau joint. La VMC était nécessaire dans 3 cas. Ceux avec SDRA léger (amylose et PO) ont eu de l'O<sub>2</sub> à fort débit. Tous les malades ont reçu de la corticothérapie, cyclophosphamide (Sd des anti synthétases) et plasmaphérèse (Sd de Good Pasture).

L'évolution était fatale dans 3 cas (60%) mais constatée chez tous les ventilés. La durée moyenne de séjour était de  $12 \pm 5,8$  j et de la VMC à  $9 \pm 4,08$  j. Les causes de décès étaient une hypoxémie réfractaire (n=3).

**Conclusion :** Dans cet échantillon, le diagnostic de SDRA d'origine inhabituelle n'était pas aisé à étayer. La mortalité est comparable à celle de SDRA d'étiologies habituelles. Le recours à la VMC semble un facteur aggravant ce qui présume une intervention thérapeutique tardive. Impératif alors de savoir évoquer un SDRA de causes inhabituelles et en faire rapidement le diagnostic face à un SDRA dont la cause n'est pas évidente. L'administration précoce d'un immunosuppresseur conditionne le pronostic.

### APPROCHE DIAGNOSTIQUE DES CINQ TABLEAUX DE SDRA ÉTUDIÉS

cas	Sexe/Âge	ATCD/ ttt	Signes extra respi.	Biologie	LBA/EFR	Examen adapté	Etiologie de SDRA
1	F/52	RAS	Arthralgies Dysphagie	SIB, anémie hémolytq	LBA : Hématique Sidérophages+	Immuno : AC an J01 :30%	Sd des anti synthétases
2	H/77	PR/ MTX FA/ Amiod		IRle A	LBA : lympho++	TDM : pneumonie infil- trante diffuse	PO ou BOOP? PM (MTX ? Amiodarone ?) Biopsie pulm NF
3	F/68	DT2, HTA PNP récidiv			EFR : sd restrictif	TDM : pneumonie organi- sée cryptogénique	PO ou BOOP
4	H/32	RAS	Sd pneumo-rénal	IRleA, SIB LDH Anémie hémolytq	LBA : Hématique Sidérophages+	Immuno : Ac anti MBG +++	Sd de Good Pasture
5	H/74	Hépatite B Amylose / colchicine	Amylose R+ digestive	IRleA, SIB		TDM : épaississement des lignes sept. et non sept	Amylose pulm? PM ? (colchicine)

PO : pneumopathie organisée ou bronchiolite oblitérante avec pneumonie organisée (BOOP), PM : pneumopathie médicamenteuse, MTX : méthotrexate, MBG : membrane basale glomérulaire

## P89. FACTEURS PRONOSTIQUES DES NOYADES EN EAU DE MER

AUTEURS : W AZAZA\*, J GUISSOUMA, H GHADHOUNE, E RACHDI, A BEN SLIMENE, H BRAHMI, M SAMET, H EL GHORD

Service de réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa Bizerte

**Introduction :** La noyade est un événement grave grevé d'une lourde morbi-mortalité. C'est la troisième cause des décès accidentels soit 7% de l'ensemble de ces derniers. C'est un problème de santé majeur qui touche

essentiellement les enfants mais aussi les adultes surtout en période estivale. On s'est proposé de déterminer les facteurs pronostiques des noyades en eau de mer.

**Méthodes :** on a réalisé une étude rétrospective dans un service de réanimation médicale de 6 lits sur une période de 4 ans (d'août 2011 à août 2015). On a inclus tous les patients admis pour noyade en eau de mer. Les données cliniques, para-cliniques et évolutives ont été recueillies et une étude statistique descriptive et analytique a été réalisée.

**Résultats :** vingt sept patients ont été inclus avec une nette prédominance masculine (sex ratio= 2,85). L'âge moyen était de 29ans avec des extrêmes allant de 5 à 89ans. L'IGSII moyen était de 26 et l'APACHE II moyen était de 15. Parmi nos patients, 78% n'avaient aucun antécédent pathologique versus 7% diabétiques et hypertendus ; 7% suivis en neurologie pour épilepsie et 7% suivis en psychiatrie. La noyade est survenue à la suite d'un épuisement dans 70% des cas, d'une altération de l'état de conscience dans 22% des cas (soit 6 cas dont 2 crises épileptiques) et d'une tentative d'autolyse dans 7% des cas. Le transport aux urgences a été réalisé par la protection civile dans 22 cas et par le SMUR dans 4 cas. La durée moyenne du transport était estimée à 14 mn. Huit patients sont arrivés à l'hôpital aux stades 1 ; 2 au stade 2 ; 12 au stade 3 et 5 au stade 4. Seize patients soit 59% étaient en SDRA à l'admission ; 6 soit 22% étaient en état de choc et 14 soit 51% avaient un GSG  $\leq$  8. Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 62% des patients (17 cas dont 3 VNI et 14 ventilations invasives). Les complications évolutives étaient à type de SDRA dans 59% des cas et de syndrome de défaillance multiviscérale (SDMV) dans 14% des cas. La mortalité dans notre série était de 18,5%. En analyse univariée, les facteurs prédictifs de mauvais pronostic étaient : l'IGSII et l'APACHEII élevés, le GCS $\leq$ 8, l'état hémodynamique initial, les stades 3 et 4 de noyade, le SDRA et le SDMV apparus en cours d'évolution. Tandis qu'en analyse multivariée, seuls le GCS et l'état hémodynamique étaient des facteurs prédictifs de mortalité.

**Conclusion :** Certes, le pronostic des patients victimes de noyade est conditionné par la gravité du tableau clinique à l'admission mais aussi par les complications évolutives. L'issue de ces patients pourra être transformée par l'amélioration de la qualité de la prise en charge initiale, surtout pré-hospitalière, ainsi que par la prévention des complications.

## **P90. DETRESSE RESPIRATOIRE SECONDAIRE A UNE NEUROPATHIE PERIPHERIQUE LUPIQUE : PLACE DU CYCLOPHOSPHAMIDE DANS LE TRAITEMENT**

AUTEURS : ESSAFI F, FOUDAILI N, M RAD A, BLEL Y, BRAHMI N, AMAMOU M.

*Service de réanimation polyvalente et de toxicologie, Centre d'assistance médicale urgente*

**Introduction :** Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune caractérisée par l'atteinte multi-viscérale et la production de plusieurs auto-anticorps. Les manifestations neurologiques chez les patients lupiques sont fréquemment rapportées, et sont dominées par les atteintes centrales. L'atteinte du système nerveux périphérique demeure rare et peu décrite.

**Observation :** Mme F.J âgée de 26ans transférée d'un service de médecine interne pour prise en charge d'une détresse respiratoire. Le diagnostic de lupus érythémateux systémique a été retenu il ya 5 mois sur 6 critères de SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinics) incluant les atteintes : cutanée, articulaire, rénale, hématologique, sérites et un bilan immunologique (AAN, antiDNA) positif. Elle a été hospitalisée en réanimation pendant 3 mois pour détresse respiratoire compliquée d'un arrêt cardiorespiratoire, le diagnostic retenu était un syndrome de Guillain Barré devant le déficit moteur périphérique associé. Un traitement par immunoglobulines a été reçu améliorant partiellement la patiente sur le plan moteur et permettant le sevrage du respirateur. Un mois après reprise de la même symptomatologie nécessitant son transfert dans notre service. L'examen à l'admission montre une patiente polypneïque avec respiration superficielle, un déficit moteur total au niveau des quatre membres avec hypoesthésie. Les reflexes ostéotendineux et le reflexe cutanéoplantaire étaient absents. La gazométrie objectivait une acidose respiratoire sans hypoxémie. La radiographie du thorax montrait une surélévation de la coupole diaphragmatique droite. L'EMG : Poly neuropathie sensitivomotrice sévère avec diminution très importante des amplitudes intéressant aussi bien les muscles périphériques que le diaphragme. IRM cérébrale : des anomalies de signal diffuses. La patiente a été intubée après échec de la VNI. Le diagnostic de neuropathie lupique a été retenu devant la présentation clinique et les données de l'EMG. Elle a été traitée par 3 boli de solumedrol et corticothérapie 1 mg/kg puis des boli de cyclophosphamide. L'évolution était favorable avec sevrage de la ventilation mécanique et amélioration de la motricité.

**Conclusion :** Bien que la neuropathie périphérique est une complication rare de LES elle doit être recherchée systématiquement devant tout tableau clinique évocateur afin d'instaurer le traitement adéquat, notamment le cyclophosphamide.



## **P91. PNEUMOTHORAX EN REANIMATION : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET PRISE EN CHARGE**

AUTEURS : D. LAKHDHER, A. JAMOSSI, T. MERHEBENE, H. MAAMOURI, M. BARGHOUTH, A. BEN JAZIA, J. BEN KHELIL, M.BESBES

*Hôpital Abderrahmen Mami, Réanimation respiratoire*

**Introduction:** Le pneumothorax est une urgence médicale. Sa prise en charge n'est pas standardisée et le choix thérapeutique dépend encore des habitudes du praticien et du lieu de prise en charge. Le but de notre travail était d'étudier les aspects épidémiologiques et thérapeutiques des pneumothorax en milieu de réanimation.

**Matériels et méthodes:** Etude rétrospective, mono-centrique et observationnelle allant de janvier 2011 à octobre 2015. Ont été inclus tous les patients hospitalisés en réanimation et ayant présenté un pneumothorax à l'admission ou en cours de l'hospitalisation. L'échec de drainage a été défini par la nécessité d'un redrainage ou d'un traitement chirurgical. Le drainage thoracique a été fait soit à l'aide d'un drain thoracique de Joly (14-28F), soit un cathéter type Pleurocath (14-16 G).

**Résultats:** Durant la période de l'étude, 51 cas de pneumothorax ont été colligés. La médiane d'âge était de 43 ans et le sex-ratio de 1,69. Parmi les patients, 27 (52,9%) étaient tabagiques, 12 (23,5%) avaient une pathologie cardiovasculaire, 10 (19,6%) une BPCO, huit (15,7%) un diabète et quatre (7,8%) une insuffisance respiratoire chronique. Le principal motif d'admission en réanimation était une insuffisance respiratoire aiguë dans 49 cas (96%) dont 16 étaient en rapport avec un pneumothorax suffoquant. Le décollement était complet chez 29 patients (56,9%) et partiel chez les 22 restants. Il était bilatéral chez 4 malades, unilatéral chez 47 malades (92,2%) dont 29 gauches. Il s'agissait d'un premier épisode pour 47 patients. Un épanchement liquidien associé était présent dans 27 cas. Le diagnostic a été porté sur la radiographie standard du thorax dans 34 cas, sur le scanner thoracique dans 17 cas. Le pneumothorax était spontané primaire pour 8 patients, spontané secondaire pour 18, traumatique pour 2 malades et iatrogène pour 23 malades. L'iatrogénie était en rapport avec un cathéter sous clavier (7 malades), une ponction pleurale (6 malades), une ventilation mécanique (6 malades), une biopsie pleurale (2 malades) et un cathétérisme jugulaire (2 malades). Le traitement de première intention a été un drainage par drain de Joly chez 40 patients (78%), un Pleurocath chez 9 patients (n=17,6%); par exsufflation dans un cas. Un seul malade a bénéficié d'une simple surveillance. Un succès thérapeutique a été obtenu dans 68,6% (n=35). En cas d'échec (n=10), le traitement de deuxième ligne a été un drainage (n=5), un deuxième Pleurocath (n=2), une pleurodèse chimique par bétadine (n=1), et un talcage (n=1), avec un succès thérapeutique dans 13,7% des cas. La durée médiane du drainage était de trois jours [1-24] et la durée médiane de séjour en réanimation était de neuf jours [1-84]. Dix-neuf patients (37,3%) étaient décédés et huit (15,7%) étaient transférés dans un autre service avec drainage en place.

**Conclusions :** L'iatrogénie représente la cause la plus fréquente de pneumothorax en milieu de réanimation



## THEME : INFECTIEUX

**P92. UNE EMBOLIE PULMONAIRE SEPTIQUE RÉVÉLANT UNE ENDOCARDITE TRICUSPIDIENNE**

AUTEURS : RAHMA GARGOURI\*; INÈS AMMAR; MANEL ZEKRI; KAIS REGAIEG; HÈDI CHELLY; MABROUK BAHLOUL; MOUNIR BOUAZIZ

*Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax*

**Introduction :** L'embolie pulmonaire d'origine septique chez est un événement assez rare et représente une complication majeure de l'endocardite infectieuse avec végétations valvulaires intéressant le cœur droit.

**Observation :** Patient de 23ans, sans antécédents pathologiques particuliers, victime d'un polytraumatisme suite un accident de la voie publique. Au bilan lésionnel initial, on a noté un traumatisme cranio-facial grave avec un hématome sous dural hémisphérique gauche avec un engagement sous falcorien. A l'étage thoracique, on a noté un pneumothorax et un pneumo médiastin de faible abondance avec de multiples contusions pulmonaires et une hémorragie intra-alvéolaire. L'étage abdominal a montré un épanchement péritonéal de faible abondance et un épanchement sous péritonéal en rapport avec de multiples lésions du bassin osseux. Le patient a été opéré pour son traumatisme crânien puis transféré en réanimation. A J 4 d'hospitalisation, une pleuro-pneumopathie a été suspectée devant la fièvre à 40°C, les sécrétions trachéales purulentes, le rapport hypoxémique. Le scanner thoracique a montré t un hydro-pneumothorax droit de moyenne abondance et des foyers de comblement alvéolaires du segment apico-dorsal du culmen et du lobe inférieur gauche d'allure infectieuse. Le patient a bénéficié d'un drainage thoracique. Le PTD et le liquide pleural étaient positifs à pseudomonas aeruginosa, acinetobacter baumannii, et Klebisella pneumoniae. Le patient a été mis sous antibiotiques à base d'imipenème, rifampicine et de colimycine. L'évolution n'était pas favorable devant la persistance de la fièvre et l'apparition de sécrétions purulentes. Sur le plan biologique, on a noté une ascension des marqueurs du sepsis. Un angio-scanner thoracique a été pratiqué et a montré de multiples masses et nodules excavés du poumon gauche en rapport avec des embolies septiques. Une échographie cardiaque a été pratiquée ayant montré une grosse végétation mobile de 21x8 mm sur la valve tricuspide, et une VCI dilatée. L'évolution a été rapidement fatale avec décès rapide du patient dans un tableau de choc septique réfractaire.

**Conclusion :** Chez un sujet en milieu de réanimation, porteur d'un cathétérisme veineux, la survenue d'une pneumopathie fébrile à répétition ou d'une pneumopathie abcédée rebelle aux antibiotiques devrait faire rechercher une cause pérennisante telle qu'une endocardite infectieuse du cœur droit, notamment tricuspidiennne.

**P93. ENDOCARDITE INFECTIEUSE DIAGNOSTIC AU STADE DE COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES**

AUTEURS : BEN HASSINE N\*, GHZEL R, MEZGAR Z, MABSOUT S, EL HAJ F, METHAMEM MEHDI

*service des urgences hôpital universitaire farhat hached sousse*

**Introduction :** L'accident vasculaire cérébral chez l'adulte jeune est d'origine cardiaque dans 12 à 28% des cas. Les accidents vasculaires ischémiques par embolie d'une végétation constituent la principale complication neurologique des endocardites. Ils sont plus fréquents en cas d'endocardite à staphylococcus aureus et de grosses végétations supérieures à 10 mm et mobiles. Le diagnostic repose au mieux sur l'imagerie cérébrale par résonance magnétique avec injection. Les hémorragies cérébrales résultent de plusieurs mécanismes mais imposent en général d'éliminer un anévrisme mycotique rompu.

**Case report :** nous rapportant le cas d'un homme de 54ans sans antécédent admis aux urgences pour aphasie et hémiparésie gauche. Le scanner cérébral ayant objectivé une hypodensité pariétale postérieure droite siège d'une petite image hyperdense de suffusion hémorragique en rapport avec une très probable ischémie hémorragique. L'enquête étiologique a conclu à une endocardite mitrale à l'échographie cardiaque. Ainsi le patient a été admis au service de cardiologie et mis sous association Pénicilline A - gentamycine pendant 3 semaines. Le patient a bénéficié d'un remplacement valvulaire mitral par prothèse mécanique à la quatrième semaine ensuite sortant sous sin-trom. Quinze jours plus tard il consulte dans un tableau d'état de choc avec des signes droit (une adiaastolie avec un « swelling heart » à l'échographie cardiaque) en rapport avec une tamponnade compliqué rapidement d'arrêt cardiorespiratoire réanimé non récupéré.

**Conclusion:** Les complications neurologiques des endocardites infectieuses sont fréquentes et ont une importance particulière car elles sont souvent inaugurales, et peuvent mettre en jeu le pronostic vital du patient et orienter la prise en charge.

## **P94. SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE EN RÉANIMATION : À PROPOS DE 5 CAS**

AUTEURS : GHARBI R, MATEUR H, TALIK I, TILOUCHE N, BEN SIK ALI H, TOUILY, YACOUBI S, LAHMAR M, FEKIH M HASSEN, ELATROUS S  
Service de Réanimation Médicale EPS Taher Sfar, Mahdia.

**Introduction :** Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est une pathologie rare en réanimation. IL est souvent associé à une mortalité élevée. Le diagnostic repose sur l'association des critères cliniques (fièvre, splénomégalie), biologiques (bi ou pancytopenie, hypofibrinémie, hypertriglycédermie, hyperferretinémie) et cytohistologique (hémophagocytose dans la moelle osseuse, la rate ou les ganglions). Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutives du SAM en réanimation.

**Patients et méthodes :** IL s'agit d'une étude prospective descriptive, incluant tous les patients hospitalisés en réanimation entre janvier 2014 et septembre 2015 et chez qui un SAM a été diagnostiqué. PARAMETRES RECUEILLIS étaient Les caractéristiques démographiques, le score de gravité (SAPS II), les motifs d'hospitalisation, le recours à la ventilation mécanique, la présence d'état septique, la survenue d'une thrombopénie ( $\leq 100\ 000$ ), une anémie (Hb  $< 10$  g/l), une hyperferritinémie (ferritinémie  $> 500$   $\mu\text{g/l}$ ), une hypertriglycéridémie, présence à la ponction sternale d'hémophagocytose sans pathologie maligne, le traitement administré et le devenir des patients.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, cinq patients d'âge moyen à  $55 \pm 20$  ans, ont été inclus. Le score de gravité SAPSII moyen était de  $53 \pm 23$ . Les motifs d'hospitalisation étaient la décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique (2 cas), un état de choc septique (2 cas) et un coma (1 cas). La ponction sternale a objectivé chez tous les patients la présence d'une hémophagocytose. L'origine septique du SAM a été retenue chez quatre patients. Tandis qu'elle était indéterminée chez une patiente. Dans tous les cas le traitement était symptomatique avec administration de transfusion des culots globulaires et plaquetaires et étiologique (drogues vasoactives et antibiothérapie à large spectre) avec administration de corticothérapie à forte dose chez un patient. La mortalité était de 80%.

**Conclusion :** Le SAM est une pathologie grave entraînant une lourde mortalité (80% dans notre étude). Le diagnostic a été suspecté devant une pancytopenie fébrile associée à une hyperferritinémie une hypertriglycéridémie et confirmée par la présence d'hémophagocytose à l'examen histopathologique. La compréhension de son mécanisme physiopathologique peut améliorer la prise en charge et le pronostic de cette affection.

## **P95. CHOLECYSTITE AIGUE ALITHIASIQUE REVELANT UNE INFECTION INVASIVE A MENINGOCOQUE DE SEROGROUPE B.**

AUTEURS : GUELLIM MOSBAH S\*, KHALED M, BOUGHATTAS M, CHAKROUN A, JOUINI R, KHAHLOUL M, MAHAMDI S, AJMI C, NAIJJA W.  
Service anesthésie réanimation, CHU Sahloul.

**Introduction:** L'infection invasive à méningocoque (IIM) c'est lorsque le méningocoque se dissémine dans l'organisme. Il provoque deux formes cliniques distinctes;

- 1) la méningite cérébro-spinale
- 2) la méningococcémie qui est une infection généralisée du sang pouvant évoluer vers un purpura fulminant méningococcique (PFM). Elle est définie par un choc septique associé à un purpura extensif. Dans notre travail, on va essayer d'expliquer la relation entre cholécystite aigue alithiasique (CAA) et IIM, ainsi que les facteurs intervenants dans le retard diagnostic.

**Observation:** Une femme âgée de 32 ans, consultait les urgences 24H après l'apparition de fièvre, frisson, cervicalgie suivie de douleur abdominales diffuses. Cette symptomatologie été précédée une semaine avant d'un syndrome grippal. L'examen clinique a objectivé une fièvre à  $38,5^{\circ}\text{C}$ , une somnolence, une TA= $100/50$ mmHg, une tachycardie à 115bpm. Un syndrome infectieux biologique. La cytochimie de la ponction lombaire et de l'ECBU n'objectivé pas d'anomalie, ni la radio thorax. Une échographie abdominale a montré une vésicule biliaire (VB) modérément distendue, à paroi épaissie ( $>1$ cm) feuilletée avec visualisation des micro abcès pariétaux sans image de calcule. Épanchement de faible abondance au niveau de l'espace de Morrison. Absence de dilatation de VBIH et VBEH. L'échographie été en faveur de CAA compliquée de perforation. Devant l'aggravation rapide de l'état hémodynamique avec la nécessité de mise sous drogue vasoactive et la dégradation de l'hémostase avec apparition de purpura pétéchiol et ecchymotique. La patiente été mise sous cefotaxime et métronidazol, stabilisé sur le plan hémodynamique et hémostatique. À H8 du début de l'antibiothérapie la patiente été au bloc, ou une sous costale droite a été pratiqué sous anesthésie générale objectivant une VB en semi-réplétion d'aspect normale. Fermeture après 40min de l'induction. Entre temps la PL a montré à l'examen direct un cocci gram négatif. D'où le diagnostic de PFM été retenu et une prise en charge adéquate été entamée. C'été un méningocoque de sérotype B à la culture. L'évolution été rapidement favorable et extubation à J4 d'hospitalisation après correction de l'hémostase et stabilité hémodynamique. La patiente n'a aucune séquelle.

**Conclusion:** A ne jamais oublier que « tout purpura fébrile est un PFM et a traité comme tel jusqu'à preuve du contraire ». En effet le méningocoque est l'exemple type des bactéries gram négatifs responsable de choc endotoxinique. A noter que le pris Galien 2013 de la recherche pharmaceutique a été attribué pour la novation du premier vaccin contre le méningocoque B mis au marché en 2014.

## P96. INCIDENCE ET PROFIL BACTERIOLOGIQUE DES BACTERIEMIES EN REANIMATION

AUTEURS : BECEM TRABELSI\*, ZIED HAJJEJ, WALID SAMMOUD, IHEB LABBENE, MUSTAPHA FERJANI

Service d'anesthésie-réanimation, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis

**Introduction:** Les bactériémies représentent un problème majeur dans les services de réanimation en raison de leur sévérité et de leur coût socio-économique important. L'objectif de notre étude était de déterminer l'incidence des bactériémies documentées dans un service de réanimation polyvalente ainsi leur profil microbiologique.

**Matériel et Méthodes:** Étude rétrospective qui s'est déroulée sur une période de deux ans (du 01 Janvier 2012 au 31 Décembre 2013) et qui a concerné les patients hospitalisés dans une unité de réanimation médicochirurgicale et chez qui une ou plusieurs bactériémies ont été diagnostiquées. La définition de la bactériémie retenue est celle du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) 1.

**Résultats:** Parmi 762 patients hospitalisés durant la période d'étude, 61 patients ont présenté au moins un épisode bactériémique durant leur séjour en réanimation. Un total de 352 prélèvements pour hémocultures a été effectué, 170 prélèvements sanguins (48.3%) ont été positifs, soit une incidence de bactériémie de 22.3%. L'âge moyen des patients ayant une bactériémie est de  $50.03 \pm 20.53$ . La durée moyenne de séjour était de  $37.15 \pm 35.2$ .

La répartition des germes causals était hétérogène avec prédominance des bacilles à Gram négatif. Parmi les agents pathogènes identifiés, *Acinetobacter Baumannii* était prédominant (23.5%), suivi par *Klebsiella Pneumoniae* (13.5%), *Entérocooccus Faecalis* (8.2%) et *Pseudomonas Aeruginosa* (7%), et Chez 5% des patients, au moins un autre site infectieux documenté était associé à la bactériémie, en particulier une pneumopathie acquise sur ventilation (3%). Un choc septique au moment de la bactériémie a été retrouvé dans 55% des cas. La mortalité globale était de 36%.

**Conclusion:** La fréquence des bactériémies en milieu de réanimation va de pair avec l'évolution des techniques de soins, la sévérité de la pathologie d'admission et les gestes invasifs. Une surveillance régulière des bactériémies nosocomiales dans les services à haut risque s'impose.

**Références:** 1: Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN). Protocole de surveillance des bactériémies du CCLIN-Est, année 2007. [<http://www.cclin-est.org>]

## P97. L'INFECTION CHEZ LE POLYTRAUMATISE : SITES ET PROFIL MICROBIOLOGIQUE

AUTEURS : BOUSSELMI M\*, BEN ROMDHANE M, DOUIRA Z, KAMOUN S, BEN SOUISSI A, LAARIBI B, MEBAZAA MS

Service d'Anesthésie-Réanimation-SMUR, Hôpital Mongi Slim, La Marsa

**Introduction :** Les infections associées aux soins sont une des principales causes de morbi-mortalité chez les polytraumatisés en réanimation. La réponse inflammatoire systémique (SIRS) est responsable d'une dysfonction immunitaire favorisant l'émergence de pathogènes et la survenue d'infection (Giamberardino HI. Braz J Infect Dis. 2007; 11:285-89). L'objectif de ce travail est de déterminer les principaux sites infectieux et le profil microbiologique des germes les plus souvent rencontrés chez les polytraumatisés en réanimation.

**Méthodes :** Etude rétrospective menée au service d'anesthésie réanimation au CHU Mongi Slim la Marsa s'étalant sur 21 mois (Janvier 2014, Septembre 2015). Nous avons inclus tous les polytraumatisés hospitalisés plus de 48 heures en réanimation. Nous avons recueilli les différents types de prélèvements réalisés, le contexte clinique, les germes retrouvés, leur sensibilité et l'antibiothérapie (probabiliste ou adaptée). Nous avons calculé des fréquences simples et relatives pour les variables qualitatives et les moyennes et écarts-types pour les variables quantitatives.

**Résultats :** Sur 40 polytraumatisés inclus, 85% ont été hospitalisés plus de 48h avec une durée moyenne de séjour de 10,6 jours et un ISS moyen à 28. L'atteinte la plus fréquente était thoracique (80%) suivie par l'atteinte crânienne (62,8%). Le nombre moyen de composantes est de 2,5.

42,86% de nos polytraumatisés ont présenté un épisode infectieux, leur ISS moyen était de 33. La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) est l'infection la plus fréquente ; 27 épisodes dont 51,8% précoces (avant le 5<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation) et 48,1% tardive. Le germe le plus fréquemment retrouvé est *Klebsiella pneumoniae* (51,8%) suivi par *pseudomonas aeruginosa* (14,8%). Une seule infection urinaire a été retrouvée (*klebsiella pneumoniae*), mais 48% des ECBU ont été effectués alors que le patient recevait une antibiothérapie. Une infection neuroméningée a été recherchée chez 27% des polytraumatisés avec traumatisme crânien et brèche dure-mérienne lors de syndromes fébriles. Toutes les PL effectuées avant antibiothérapie sont revenues négatives et aucun diagnostic de méningite n'a été retenu. Des hémocultures ont été réalisées lors de chaque épisode infectieux ; 7 bactériémies ont été diagnostiquées, 42,8% à point de départ pulmonaire correspondant à 11,1% des PAVM.

**Discussion :** Les pneumopathies représentent le premier site infectieux retrouvé chez les polytraumatisés en réanimation. Ce résultat rejoint celui retrouvé chez tout malade hospitalisé en réanimation quel que soit la pathologie

initiale ; mais il faut souligner les facteurs favorisants chez les polytraumatisés qui sont plus susceptibles aux infections. En plus de la dysfonction immunitaire secondaire au SIRS, trois facteurs sont significativement associés à une pneumopathie chez le polytraumatisé : altération de l'état de conscience, inhalation fréquente et nécessité d'une intubation trachéale en urgence (Edouard A. Réanimation 2003; 12:227-34).

**Conclusion :** Les complications infectieuses sont la seconde cause de mortalité tardive des traumatisés après les lésions neurologiques. Les blessures et l'invasivité des soins favorisent la pénétration des pathogènes dans l'organisme. C'est pour cela que tout polytraumatisé dont le séjour dépasse 48 heures, devrait bénéficier d'un nombre de précautions établies précocement afin de prévenir les infections et en premier lieu les pneumopathies.

## **P98. TAMPONNADE PAR PÉRICARDITE PURULENTE : UN MODE RARE DE REVELATION DU VIH**

AUTEURS : M. OUESLATI\*, A. TRIFI, S. ABDELLATIF, F. M. SAIHI, DALY, R. MANNAI, M. HASSOUNA, M. BOUZIDI, R. NASRI, S. BEN LAKHAL  
Service de réanimation médicale CHU la Rabta Tunis, Tunisie

**Introduction:** La péricardite purulente (PP) est définie par la présence de pus dans l'espace péricardique. Elle se complique parfois de tamponnade cardiaque. La PP est devenue rare depuis l'introduction des antibiotiques. Elle reste cependant une entité grave qui est presque toujours fatale si non traitée. Les infections bactériennes, tuberculeuses et les lymphomes malins sont les affections les plus pourvoyeuses de PP. L'échocardiographie est indispensable pour le diagnostic. Le traitement repose sur une antibiothérapie ciblée couplée à un drainage chirurgical. C'est l'apanage principalement des sujets ayant une pathologie péricardique sous jacente ou connus immunodéprimés. Nous rapportons le cas d'une patiente hospitalisée pour PP compressive dont l'enquête étiologique a révélé une immunodéficience VIH. L'originalité tient à une présentation clinique atypique faisant inaugurer une séropositivité HIV au stade SIDA.

**Observation:** Patiente P.N de 40ans, d'origine ivoirienne sans antécédents. Depuis une semaine : douleur thoracique constrictive avec une dyspnée de décubitus évoluant dans un contexte fébrile. A l'examen : état général altéré, T° 37.5, TA= 11/7; pouls à 100bpm et BDC assourdis. ECG: micro voltage diffus. ETT : épanchement péricardique avec compression du VD. Elle a eu un drainage péricardique chirurgical ramenant 600 ml de liquide purulent associé à une antibiothérapie à large spectre. L'évolution a été marquée par l'installation d'un état de choc septique nécessitant le recours aux catécholamines et à la ventilation invasive. L'Enquête bactériologique et parasitologique est revenue négative. Vu la provenance de la malade d'une zone endémique pour le VIH et l'infection évolutive malgré l'ATB à large spectre, un déficit immunitaire acquis a été suspecté et la sérologie HIV (ELISA+Western Blot) a été revenue positive. La TDM thoracique a montré: un hydro-pneumopéricarde, une pleurésie enkystée bilatérale et à l'étage abdominal des signes de souffrance mésentérique sans obstruction vasculaire. Le complément de prise en charge a fait recours à la chirurgie cardiothoracique où elle a subi une mise à plat des collections. L'évolution était fatale au bout de 1 mois d'évolution et de 3 jours des suites opératoires.

**Conclusion:** La PP est une affection rare mais grave du fait de son potentiel évolutif vers la tamponnade ou la constriction péricardique. Son association avec l'infection par HIV témoigne d'une évolution tardive de l'immunodéficience. Un sérodiagnostic du virus de l'immunodéficience humaine est à pratiquer devant toute atteinte péricardique inexplicée. En effet, le diagnostic de PP associée au VIH implique une prise en charge thérapeutique spécifique.

## **P99. PRIMO-INFECTION A EPSTEIN BARR-VIRUS: UNE CAUSE EXCEPTIONNELLE D'INSUFFISANCE RENALE AIGUË**

AUTEURS : F MEDHIOUB (1)\*; R ALLELA(1); M ATTAR(2); M MNIF(2)  
1 Service de réanimation polyvalente, HR Mahres 2 Service de médecine, HR Mahres

**Introduction :** Le virus Epstein-Barr est un herpès viridae lymphotrope ubiquitaire infectant environ 95% de la population adulte. Les manifestations cliniques typiques présentent un tableau de syndrome mononucléosique. Des cas d'insuffisance rénale aigüe sévère au cours d'une primo-infection à EBV ont été exceptionnellement rapportés.

**Observation :** Nous décrivons ici le cas d'un patient de 21 ans, sans antécédents qui consulte aux urgences pour fièvre avec douleurs lombaires bilatérales. A l'examen, il était dyspnéique à 25 cyc/mn (SaO<sub>2</sub> à 93% à l'AA) avec un état hémodynamique stable. A l'examen ORL, on trouve une gorge rouge et des adénopathies cervicales. A l'examen abdominopelvien, une splénomégalie, pas d'hépatomégalie et un ébranlement lombaire douloureux des deux côtés. A la biologie, un syndrome inflammatoire, une thrombopénie modérée à 110000 E/mm<sup>3</sup>, un syndrome mononucléosique et une insuffisance rénale aigüe (créatininémie à 1800 mmol/l, urée 32 mmol/L) nécessitant rapidement la mise en dialyse. Quelques heures après, le patient développe un rash cutané diffus après l'introduction d'une antibiothérapie. L'interrogatoire a éliminé toute prise médicamenteuse. L'échographie abdominopelvienne montrait des reins de taille normale. Les hémocultures et l'ECBU étaient négatifs. Les facteurs antinucléaires étaient



négatifs et le dosage du complément était normal. Les sérologies leptospirose, légionellose, VIH, CMV, hépatites B et C étaient négatives. La présence d'anticorps anti-VCA de type IgM était en faveur d'une primo-infection à EBV. Sous corticothérapie, l'évolution clinique se fit vers l'amélioration de la fonction rénale le sevrage de la dialyse 5 jours après le début du traitement.

**Discussion :** La mononucléose infectieuse (MNI) correspond à la primo-infection symptomatique provoquée par le virus d Epstein-Barr, qui appartient à la même famille que les virus de l'herpès. Transmise préférentiellement par la salive, la maladie se caractérise par sa gravité et sa variabilité clinique. Elle est en général assez bénigne. Elle associe souvent un syndrome grippal avec une fièvre, une angine, des adénopathies, une splénomégalie et un rash cutané qui apparaît après l'introduction de l'antibiotique. Des formes compliquées avec atteinte rénale sont rarement rapporté. Chez ce patient, la survenue d'un rash après antibiotique était très évocatrice d'une mononucléose infectieuse. La sérologie a permis d'affirmer le diagnostic

**Conclusion :** La primo-infection à EBV est une cause exceptionnelle d'atteinte rénale. Il est nécessaire de faire précocement le diagnostic afin de proposer une corticothérapie généralement efficace dans ce contexte

## **P100. GRIPPE A-H1N1 : QUELLES NOUVEAUTES EN 2015 DEPUIS LA PANDEMIE DE 2009 DANS UN SERVICE DE REANIMATION MEDICALE.**

AUTEURS : NOUIRA H\*, KHEDHER A, AZOUZI A, HAMDAOUI Y, MEDDEB K, AYACHI J, BOUNEB R, ANOUN M, BOUSSARSAR M

Service de réanimation médicale. Hôpital Universitaire Farhat Hached. Sousse, Tunisie

**Introduction :** Depuis la pandémie de 2009 due au virus Influenza A-H1N1 pendant laquelle la mortalité générale a atteint 20% selon les données du registre Réva-grippe, l'épidémie saisonnière de 2015 est considérée comme la plus importante. La controverse sur l'utilisation des corticoïdes notamment chez les malades les plus sévères (SDRA) semble être définitivement close. L'apport du traitement antiviral spécifique dans ces formes graves quoique largement utilisé reste sujet de discussion.

**Méthodes :** Etude rétrospective analytique incluant les malades admis au service de réanimation médicale du CHU Farhat Hached de Sousse pour infection par le virus influenza A-H1N1 confirmée pendant la pandémie de 2009 et l'épidémie saisonnière de 2015. Sont analysées, les caractéristiques démographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives comparées entre les deux cohortes.

**Résultats :** Les caractéristiques comparées entre les patients des deux épidémies respectives sont résumées sur le tableau.

Tableau : Caractéristiques comparées entre les patients des deux épidémies respectives de grippe A-H1N1 respectivement en 2009 et 2015.			
	A-H1N1 2009 (n=16)	A-H1N1 2015 (n=7)	p
Age (ans) médiane [quartiles 25-75]	41,5 [30,25-49,75]	57 [37-73]	0,242
Genre (M) n(%)	8(50)	3(42)	1,000
Comorbidités n(%)			
Obésité (IMC>30)	3(18)	2(28)	0,621
Insuffisance cardiaque	4(25)	4(57)	0,182
Insuffisance respiratoire	2(12)	3(42)	0,142
Grossesse	1(6)	0(0)	0,182
Endocrinopathie	4(25)	4(57)	
SAPSII médiane [quartiles 25-75]	23 [16,75-34,25]	29 [26-33]	0,135
PaO2/FiO2 médiane [quartiles 25-75]	85 [64,75-137,5]	114 [97-195]	0,242
Cathécolamines n(%)	6(37)	6(85)	0,159
Ventilation mécanique invasive n(%)	7(43)	6(85)	0,089
Ventilation non invasive n(%)	3(18)	2(28)	0,585
Durée de ventilation Invasive n(%)	0 [0-2]	3 [0-8]	0,047
Délai de ventilation invasive n(%)	5 [4-11]	7 [5,75-9,25]	0,250
Corticoides n(%)	10(62)	0(0)	0,007
Antiviral (oseltamivir) n(%)	16(100)	0(0)	<10-3
ECMO n(%)	0	1(14)	
Durée de séjour en réanimation (j) médiane [quartiles 25-75]	4 [2,25-8,25]	10 [6-25]	0,01
Décès n(%)	7(43)	4(57)	0,667

**Conclusion :** La mortalité pendant la pandémie 2009 semble être moins importante quoique non significative. Ceci peut être expliqué par une gravité initiale moindre et des malades moins âgés avec des antécédents médicaux moins lourds que pendant l'épidémie de 2015. La corticothérapie ne semble pas affecter le pronostic. Aucune conclusion ne peut être portée sur l'intérêt du traitement antiviral.



## **P101. PNEUMOPATHIE ACQUISE SOUS VENTILATION MECANIQUE : INCIDENCE ET FACTEURS DE RISQUE**

AUTEURS : DAHMEI SELMA<sup>(1)</sup>, RAHOUI MERIEM<sup>(1)</sup>, KHELIL NEILA<sup>(2)</sup>, AYED SAMIA<sup>(1)</sup>

*Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital des FSI La Marsa 1*

**Introduction :** Une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) est définie par une infection pulmonaire contractée 48 heures après la mise sous respiration assistée mécaniquement. Les facteurs de risques prédisposant au développement d'une PAVM chez un patient ventilé mécaniquement sont nombreux. Certains sont liés au patient lui-même comme l'âge, l'antécédent de BPCO la présence d'une altération de l'état de conscience, d'autres sont liés aux modalités de soins.

**Objectifs :** évaluer l'incidence et la densité d'incidence de la PAVM dans une unité de soins intensifs polyvalente et analyser les facteurs de risque liés à sa survenue.

**Matériels et Méthodes :** étude prospective sur une durée de 12 mois incluant tous les patients ventilés mécaniquement dans une unité de soins intensifs polyvalente pendant une durée supérieure à 48 heures. Les patients en fin de vie ou en limitation de soins sont exclus. Les paramètres recueillis sont : âge, comorbidités, scores de sévérité à l'admission, motif de recours à la ventilation mécanique (VM), délai de survenue de la PAVM par rapport à la mise sous VM, antibiothérapie préalable à la survenue de la PAVM, devenir.

**Résultats :** Pendant la durée de l'étude, 71 patients étaient ventilés mécaniquement (61 patients par sonde endotrachéale et 10 patients par une ventilation non invasive). L'insuffisance respiratoire aiguë était le motif le plus fréquent de recours à la VM (56%). Une antibiothérapie préalable à la survenue d'une PAVM était prescrite dans 42% des cas. La PAVM était observée dans 27 cas, soit une incidence de 38% et une densité d'incidence de 21 pour 1000 patient-jours de ventilation mécanique. En analyse univariée, une différence significative a été retrouvée entre le groupe avec PAVM et le groupe sans PAVM concernant l'admission pour polytraumatisme, pour insuffisance respiratoire aiguë, la notion d'antibiothérapie préalable, le recours à la trachéotomie, le nombre de jours vivants sans antibiotiques et sans VM, la durée de VM, la durée de séjour et la mortalité. L'analyse multivariée a montré que l'antibiothérapie préalable et le recours à la trachéotomie sont des facteurs indépendants de développement d'une PAVM.

**Conclusion :** la densité d'incidence de la PAVM retrouvée dans notre étude est semblable à celle retrouvée dans la littérature (14 à 22 cas pour 1000 patient jours de VM). Les facteurs indépendants prédictifs de sa survenue sont la notion d'antibiothérapie préalable et le recours à la trachéotomie.

## **P102. INFECTIONS AUX BACILLES PRODUCTEURS DE CARBAPENEMASES : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET FACTEURS DE RISQUES.**

AUTEURS : BOUSARSAR Y\*, BOUTOUTA F, KAMOUN S, LAARIBI B, MEZGHANNI I, KOUBAJI S, JERIBI B, MEBAZAA MS

*Hôpital Mongi Slim Réanimation*

**Introduction :** Les infections aux carbapénèmases constituent un problème majeur compte tenu de leur morbi-mortalité, leur multirésistance rendant les possibilités thérapeutiques réduites. Le but de ce travail est d'établir les caractéristiques épidémiologiques et les facteurs de risques des bactéries résistantes aux carbapénèmes (BRC) isolées au sein d'une réanimation polyvalente.

**Matériel et Méthodes :** Etude rétrospective observationnelle de septembre 2014 à septembre 2015 au service d'anesthésie réanimation du CHU Mongi-Slim à la Marsa. On a procédé à un screening de toutes les admissions en vue d'isoler les infections associées aux soins (IAS) particulièrement celles causées par des BRC.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, l'âge moyen des patients était de 50,87 années ( $\pm 19,022$ ), la majorité des patients était admis des urgences (52%), le motif d'admission le plus fréquent étant le polytraumatisme (38%). L'incidence des infections associées aux soins était de 58%. On a isolé 26 bacilles gram négatif (BGN) résistants à l'imipénème chez 17 patients (29,31%) dans 5 sites différents. Dans ces BRC on a retrouvé 50% Acinetobacter Baumannii, 23% de Klebsiella Pneumonie et 11% Pseudomonas Aerogenosa. L'infection la plus fréquente était la pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) à 53,84%, suivie par les bactériémies à 19,23% et les bactériuries à 7,69%. Ces BRC étaient résistantes aux autres classes antibiotiques comme suit : 4% à la colimycine, 46% à la fosfomycine, 12% à la rifampicine. La Tigécycline n'était pas testée pour la plus part des cas faute de disques disponibles au laboratoire. On a retrouvé comme facteurs de risque de l'émergence des BRC : la durée de séjour en réanimation ( $p = 0,032$ ), la durée de ventilation mécanique ( $p = 0,026$ ). Une infection par une bactérie sécrétrice de bêta-lactamase à spectre élargi (BLSE) était présente dans la totalité des cas et 13 malades (76,4%) ont eu un traitement par l'imipénème ( $p=0,7$ ) avant l'émergence de la BRC. L'Age ( $p=0,82$ ) et la chirurgie ( $p=0,44$ ) ne constituent pas des facteurs de risque. La mortalité globale pendant la période de l'étude était de 49% tandis que celle des malades ayant eu une BRC était de 76,4%.

**Discussion :** Les IAS représentent aujourd'hui un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale, étant responsables d'une lourde morbi-mortalité. Il s'agit surtout d'infections à germes multi-résistants aux antibiotiques. Les infections provoquées par les BRC limitent les options thérapeutiques avec toutes les conséquences que cela implique. La forte augmentation de l'incidence des BLSE est associée à une augmentation parallèle de l'utilisation des carbapénèmes. Cela provoque une pression de sélection qui favorise l'émergence de bactéries résistantes aux carbapénèmes.

**Conclusion :** Les IAS à BRC constituent une réelle menace sur l'écologie bactérienne, leur émergence obéit à la lumière de ce travail à certaines conditions qui peuvent être l'objet de mesures préventives. Une analyse plus fine pourrait aider à les déterminer.

## **P103. PNEUMOPATHIE ACQUISE SOUS VENTILATION MECANIQUE : ETUDE CLINIQUE ET MICROBIOLOGIQUE**

AUTEURS : DAHMENI SELMA<sup>(1)</sup>, RAHOUI MERIEM<sup>(1)</sup>, KHELIL NEILA<sup>(2)</sup>, AYED SAMIA <sup>(1)</sup>

*Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital des FSI La Marsa 1*

**Introduction :** le diagnostic positif d'une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) est souvent difficile et les signes cliniques ne sont pas spécifiques. Il repose sur l'association d'éléments cliniques, radiologiques et bactériologiques nouvellement installés chez un patient ventilé mécaniquement depuis plus de 48 heures, imposant alors une démarche décisionnelle clairement définie. Objectifs : étudier la symptomatologie clinique associée à la survenue d'une PAVM et analyser le profil bactériologique des germes en cause.

**Matériels et Méthodes :** il s'agit d'une étude prospective sur une durée de 12 mois incluant tous les patients ventilés mécaniquement dans une unité de soins intensifs polyvalente pendant une durée supérieure à 48 heures. Les patients en fin de vie ou en limitation de soins sont exclus. Les paramètres recueillis sont : âge, comorbidités, scores de sévérité à l'admission, motif de recours à la ventilation mécanique (VM), délai de survenue de la PAVM par rapport à la mise sous VM, antibiothérapie préalable à la survenue de la PAVM, symptomatologie clinique au moment du diagnostic de la PAVM, type du prélèvement bactériologique réalisé, score de CPIS, nature du germe en cause et profil de sensibilité.

**Résultats :** pendant la durée de l'étude, 71 patients étaient ventilés mécaniquement (61 patients par sonde endotrachéale et 10 patients par une ventilation non invasive). L'insuffisance respiratoire aiguë était le motif le plus fréquent de recours à la VM (56%). La densité d'incidence de la PAVM était de 21 cas pour 1000 patients jours de VM. La PAVM était précoce dans 44% des cas. Une antibiothérapie préalable à la survenue d'une PAVM était prescrite dans 42% des cas. Une ascension de la courbe de température était observée chez tous les patients ainsi qu'une modification de l'aspect des sécrétions. La CRP moyenne au moment du diagnostic était de  $198 \pm 102$  mg/ml. Le score de CPIS moyen était de  $8 \pm 2$ . Les prélèvements pulmonaires étaient positifs dans 100% des cas. Une *Klebsiella Pneumoniae* sécrétrice de bêta-lactamase à spectre élargie était isolée dans un tiers des cas. L'antibiothérapie initiale était adaptée dans 45% des cas.

**Conclusion :** Dans notre étude, la suspicion clinique d'une PAVM était confirmée par l'enquête bactériologique dans tous les cas. Les Bacilles Gram Négatifs multirésistants étaient les plus fréquemment isolés et l'antibiothérapie initiale était adaptée dans 45% des cas.

## **P104. LE RISQUE D'ACQUISITION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES AUGMENTE-IL EN CAS DE PRISE DE CORTICOÏDES ET/OU D'INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTON (IPP)**

AUTEURS : MATEUR H<sup>(1)</sup>, BEN SIK ALI H<sup>(1)</sup>, TALIK I, TILOUCHE N<sup>(1)</sup>, GHARBI R<sup>(1)</sup>, FEKIH HASSEN M<sup>(1)</sup>, ELATROUS S<sup>(1)</sup>

*<sup>1</sup> Service de réanimation médicale, hôpital Taher Sfar Mahdia*

**Introduction :** L'incidence des infections nosocomiales (IN) est en croissance dans plusieurs services de réanimation. De multiples facteurs de risque des IN ont été identifiés dans la littérature. Objectif : Déterminer l'impact de la prescription des corticoïdes et/ou des IPP sur l'incidence des infections nosocomiales.

**Matériel et Méthodes :** C'est une étude retrospective réalisée dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia. Nous avons inclus tous les patients hospitalisés entre Janvier 2010 et Décembre 2014 et ayant présenté une infection nosocomiale. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques, le score de gravité SAPS II, le motif d'hospitalisation, le type d'infection nosocomiale, le médicament pris au cours de l'hospitalisation (corticoïdes et/ou IPP), la durée de ventilation mécanique et la durée de séjour en réanimation.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, 170 patients avec un âge médian de 42ans (IQR : 50- 75) étaient inclus. Le SAPS II médian était de 42 (IQR : 26- 34). Les deux motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient l'insuffisance respiratoire aiguë dans 60% des cas et les états de choc dans 23% des cas. Les IPP, les corticoïdes

et l'association corticoïdes-IPP étaient prescrits respectivement dans 54% ,13%, et 20% des cas. Les infections nosocomiales les plus fréquentes étaient les pneumopathies nosocomiales (PN), les infections hémato-vasculaires (IHVX) et les infections urinaires (IU) dans 57%, 25% et 14% des cas respectivement. L'incidence des PN était de 57% dans le groupe IPP et 56% dans le groupe sans IPP ( $p=0,879$ ). Dans ces deux mêmes groupes, les incidences des IU et IHVX étaient similaires (14% vs 14% et 26% vs 27% respectivement). Les patients traités ou non par des corticoïdes avaient des incidences similaires d'infections nosocomiales. L'association IPP- corticoïdes n'avait pas d'impact sur l'incidence des PN, IHVX et IU. Dans les trois groupes étudiés, la durée de ventilation mécanique et la durée séjour étaient comparables.

**Conclusion :** Notre étude n'a pas confirmé les données retrouvées dans la littérature concernant l'augmentation du risque des infections nosocomiales par la prescription des IPP et des corticoïdes. L'alimentation entérale précoce et l'utilisation d'autres moyens de prévention des IU pourraient expliquer nos résultats.

## **P105. INTÉRÊT DU SHOCK INDEX DANS LA PRÉDICTION DE LA MORBI-MORTALITÉ DES PATIENTS EN ÉTAT SEPTIQUE GRAVE**

AUTEURS : TALIK I, TOUIL Y, LAHMER M<sup>(1)</sup>, BEN SIK ALI H<sup>(1)</sup>, TILOUCHE N<sup>(1)</sup>, GHARBI R<sup>(1)</sup>, FEKIH HASSEN M<sup>(1)</sup>, ELATROUS S<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> Service de réanimation médicale, hôpital Taher Sfar Mahdia

**Introduction :** Les états septiques sont des motifs fréquents d'hospitalisation en réanimation. La mortalité demeure élevée. Le shock index(SI) (Fréquence cardiaque/ pression artérielle systolique) est utilisé aux urgences pour trier les patients septiques.

**Objectif :** déterminer l'intérêt du Shock index dans la prédiction de la morbi-mortalité des patients en septiques graves.

**Matériels et Méthodes :** C'est une étude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale de Mahdia. Tous les patients hospitalisés pour sepsis sévère ou choc septique étaient inclus dans l'étude. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques, les antécédents, le motif d'hospitalisation (sepsis sévère ou choc septique), le SI, les caractéristiques cliniques, le taux du lactate à l'admission, la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique, et la mortalité.

**Résultats :** Durant la période de l'étude 140 patients (âge médian : 66.5 ans, IQR (54.75-77.25) étaient inclus .Le SAPSSII médian était de 46 (IQR : 35 – 63.5). A l'admission 66.4% étaient en choc septique et 33.6% étaient en sepsis sévère. La pneumonie était la porte d'entrée la plus fréquente (60% des cas). Le médian du shock index était de 1.75 (IQR : 0.86 – 1.49). Un SI > à 1 était retrouvé dans 65% des cas. Un SI > 1 était observé chez 48% des patients en sepsis sévère et 73% des patients en choc septique. Une hyperlactatémie supérieure à 4 et un SI > à 1 étaient présents dans 78% des cas. La durée de ventilation mécanique était significativement plus basse en cas de SI > 1 (9 IQR (1- 19) vs 4 (IQR 0.5- 12) , $p=0.015$ . La durée de séjour était de 13j (IQR :5-30) dans le groupe SI <1 et 6(IQR(4-16) dans le groupe des patients avec SI>1. La mortalité était de 39%. En analyse univariée, un SI > 1 était retrouvé chez 67% des décès et 59% des survivants  $p=0.259$ . En analyse multivariée, un SI > 1 n'était pas un facteur prédictif de mortalité.

**Conclusion :** Un SI > 1 est associé à une diminution de la durée de séjour et de la ventilation mécanique. Cette constatation pourrait être due à une mortalité plus précoce. Dans cette étude un SI > 1 n'était pas un facteur prédictif de mortalité.

## **P106. ACUTE MYOCARDITIS IN AN ADULT WITH 2015 EPIDEMIC INFLUENZA A (H1N1 INFLUENZA) INFECTION IN TUNISIA : CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW**

AUTEURS : KHEDHER A, AZOUZI A, AYACHI J\*, MEDDEB K, BRAHIM W, HAMDAOUI Y, NOUIRA H, BOUNEB R, ANOUN M, BOUSSARSAR M

Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital, Sousse, Tunisia

**Background:** Seasonal influenza outbreak is responsible for numerous hospitalizations and deaths around the world. The pulmonary manifestations are prominent and may mask involvement of other organs with H1N1 influenza A, such as the heart. Acute myocarditis is a proved clinical manifestation of H1N1 infection but remains relatively rare.

**Case presentation:** We present a 75-year-old woman, with a related H1N1 influenza A acute myocarditis revealed by an acute heart failure. Myocarditis was suspected on new onset of left bundle branch block, elevated cardiac troponin I level and echocardiographic alterations and confirmed by heart MRI. The clinical picture was preceded by flu-like symptoms, which directed the etiological investigation to viral research, the epidemic context suggested A-H1N1 influenza which was confirmed by PCR on nasopharyngeal secretions. Under prompt invasive mechanical ventilation, inotropic agents, diuretics, and without a specific anti-influenza medication, the patient completely recovered in 6 days.

## **P107. LE LAVAGE HYGIENIQUE DES MAINS CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT: EVALUATION DE NOS PRATIQUES.**

AUTEURS : BOUGRINE M\*, BOUSSELMI J, BEN KHELIFA S, JAOUA H, BEN FADHEL K

Service et Hôpital : *hopital habib thameur*

**Introduction:** le lavage hygiénique des mains est une procédure de désinfection de première intention; elle vise à diminuer la fréquence des infections nosocomiales. Bien que ce geste soit simple, sa réussite dépend du respect de certaines règles de bonne pratique; avants bras nus, mains sans bijoux, sans vernis et ongles coupés. Nous nous sommes intéressés à évaluer cette pratique au sein de notre hôpital et ce afin d'améliorer la qualité des soins et diminuer le taux d'infection à transmission inter humaines. Cette étude est un résumé de l'état des lieux.

**Matériel et méthode:** c'est une étude transversale descriptive réalisée durant le mois de février 2015 au sein des différents services médico-chirurgicaux de l'hôpital Habib Thameur. Nous avons évalués la pratique du lavage hygiénique chez les paramédicaux et nous les avons noté à titre anonyme. Le personnel qui réalise convenablement toutes les étapes selon les recommandations reçoit 100% de la note [direction de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement : ministère de la santé]

**Résultats:** cette étude a concerné 95 agents répartis comme le montre le tableau:

Services	Grade	N	Taux de réussite%	
Médicaux	Infirmiers	25	68,77	59,17
	Aides soignants	15	49,58	
Chirurgicaux	Infirmiers	29	78,54	73,19
	Aides soignants	9	57,37	
	Techniciens supérieurs	17	83,66	

**Conclusion:** Nous avons retrouvé une meilleure adhésion du personnel des services chirurgicaux aux règles de bonne pratique du lavage hygiénique des mains. Ceci peut être en partie expliqué par la spécificité des soins que demandent les malades de réanimation et du post opératoire. En effet, les infections liées aux soins ainsi que leurs facteurs de risque sont à connaître par tout le personnel soignant. Nombreuses études concordent pour mettre en évidence une observance très partielle du personnel de l'hygiène des mains où l'encadrement insuffisant, le manque de disponibilité et les problèmes d'intolérance cutanée aux produits utilisés sont les obstacles les plus fréquemment signalés.

## **P108. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES CANDIDURIES AU SERVICE DE REANIMATION MEDICALE A L'HOPITAL LA RABTA**

AUTEURS : SAID M1\*, KALLEL A1, TRIFI A2, ABDELLATIF S2, FAKHFAKH N1, BELHADJ S1, BELHADJ SALAH N1, BADA N1, BEN LAKHAL S2, K. KALLEL1

Service et Hôpital : 1Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital La Rabta de Tunis. 2Service de Réanimation Médicale, Hôpital La Rabta de Tunis.

**Introduction :** Les candiduries sont des infections fongiques en recrudescence en milieu hospitalier essentiellement en réanimation. La distinction entre colonisation et infection est parfois difficile.

L'objectif de notre travail était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et mycologiques des candiduries observées en milieu de réanimation.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective ayant porté sur 94 prélèvements d'urine provenant de 62 patients hospitalisés au service de réanimation médicale adressés au laboratoire de parasitologie-mycologie de l'hôpital la Rabta durant la période allant de Janvier 2014 à Septembre 2015. Pour chaque prélèvement, un examen direct (ED) et une culture sur milieu Sabouraud (additionné de chloramphénicol et de chloramphénicol-actidione) ont été réalisés. Seules les cultures abondantes avec une numération supérieure ou égale à 104 UFC/ml ont été considérées comme positives. L'identification a reposé sur des caractères morphologiques, biochimiques et physiologiques.

**Résultats :** Une candidurie a été diagnostiquée dans 33 prélèvements (35,1%) provenant de 24 patients. Il s'agissait de 11 hommes et 13 femmes. L'âge moyen était de 54,29ans (16-82ans). Les facteurs de risque retrouvés étaient le diabète (45.83%), la sonde vésicale (79.16%), l'antibiothérapie à large spectre (83.3%), l'insuffisance rénale (41.66%) et l'hémodialyse (16.66%).

Sur le plan mycologique, *C. albicans* était l'espèce la plus isolée (11 cas) suivie de *C. glabrata* (8 cas) et *C. tropicalis* (3 cas), *C. parapsilosis* (1 cas) et *C. lusitaniae* (1 cas).

Quatorze patients ont été traités avec une évolution favorable chez seulement 4 d'entre eux. Le traitement était à base de Fluconazole (6 cas), Voriconazole (6 cas) ou Amphotéricine B (2 cas). Parmi les patients traités, 8 patients étaient symptomatiques présentant une fièvre (3 cas) et/ou des signes urinaires (6 cas). Par ailleurs, 5 patients



étaient asymptomatiques et pour 5 autres, la symptomatologie a été rattachée à une infection bactérienne, ce qui n'a pas justifié le traitement de la candidurie.

**Conclusion :** Les unités de soins intensifs représentent un milieu à très haut risque de candidurie de part le terrain particulier de ces patients et des manœuvres invasives pratiquées. Elles sont principalement dues à *C. albicans* avec émergence d'autres espèces. Une surveillance étroite et des contrôles répétitifs sont nécessaires pour une meilleure prise en charge.

## **P109. INTERET DE L'INDEX DE COLONISATION DANS LA SURVEILLANCE DES PATIENTS AU SERVICE DE REANIMATION MEDICALE**

AUTEURS : TOUNSI I<sup>(1)\*</sup>, TRIFI A<sup>(2)</sup>, KALLEL A<sup>(1)</sup>, ABDELLATIF S<sup>(2)</sup>, FAKHFAKH N<sup>(1)</sup>, BELHADJ S<sup>(1)</sup>, BADA N<sup>(1)</sup>, BELHADJ SALAH N<sup>(1)</sup>, BEN LAKHAL S<sup>(2)</sup>, K. KALLEL<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital La Rabta de Tunis.

<sup>2</sup> Service de Réanimation Médicale, Hôpital La Rabta de Tunis.

**Introduction :** Le développement d'une candidose invasive est une complication hospitalière particulièrement redoutée en raison du risque de mortalité élevé. Devant la difficulté d'établir un diagnostic précoce, le dépistage systématique de la colonisation des sites cutanéomuqueux permettrait d'évaluer le risque de développer une candidose invasive. L'objectif de notre travail était d'évaluer l'intérêt de l'index de colonisation (IC) de Pittet dans la surveillance des patients admis au service de réanimation médicale.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au laboratoire de parasitologie-mycologie de l'hôpital la Rabta durant la période allant de Janvier 2014 à Septembre 2015, incluant 118 patients hospitalisés au service de réanimation médicale. 721 prélèvements mycologiques périphériques (nasal, buccal, auriculaire, axillaire, inguinal, anal, urétral, vulvaire) faits par écouvillonnage ont été réalisés.

Un examen direct et une culture sur milieu Sabouraud ont été réalisés pour chaque prélèvement. L'identification de l'espèce a reposé sur le test de chlamydosporulation et/ou le test d'assimilation de sucres. L'IC a été déterminé en calculant le rapport du nombre de prélèvement positifs, quelque soit l'espèce, sur le nombre total des prélèvements. Un IC est considéré comme positif s'il était supérieur ou égal à 0,5.

**Résultats :** Une colonisation candidosique a été observée dans 214 prélèvements (30%) avec une prédominance de *C. albicans* (64%), suivi de *C. glabrata* (16%). Parmi les 118 patients inclus, seuls 19 (16%) avaient un IC  $\geq 0,5$ , chez qui 80 prélèvements étaient positifs. La répartition des différentes espèces isolées chez ces patients a conclu à une prédominance de *C. albicans* (47%) et *C. glabrata* (15%). Il s'agissait d'une localisation buccale dans 25% des cas, anale dans 19% des cas puis nasale 17% des cas. L'âge moyen de ces patients était de 55ans (29 –77ans) et le sexe ratio de 0,9. Parmi les facteurs de risque de candidose invasive, nous avons noté le diabète (10 cas), l'intubation et la ventilation (15 cas), le cathétérisme (7 cas) l'alimentation parentérale (5 cas) et la prise de corticoïdes (1 cas). Un traitement antifongique a été instauré chez les patients qui avaient un candida score (CS)  $\geq 3$ , retrouvé chez 12 patients parmi les 19 colonisés. Trois patients sont décédés le jour même des prélèvements et les neuf restants avaient reçu le Voriconazole (5 cas), le Fluconazole (3 cas) et Amphotéricine B (1 cas). L'évolution était favorable chez deux patients seulement.

**Conclusion :** L'IC constitue un facteur biologique prédictif des candidoses invasives. Cependant, il ne doit jamais être interprété seul mais plutôt en fonction des facteurs de risque et du contexte clinique afin d'optimiser la prise en charge des patients.

## **P110. CANDIDEMIE EN MILIEU DE REANIMATION : 28 CAS DIAGNOSTIQUES AU LABORATOIRE DE PARASITOLOGIE A LA RABTA TUNIS (2008-2015)**

BARKALLAH INÈS\*1, FAKHFAKH NAJLA1, TRIFI AHLEM2, ABDELLETIF SAMI2, KALLEL AICHA1, BELHAJ SLEH1, BADA NEHED1, BELHAJ SALAH NAJWA1, BELAKHAL SALAH2, KALLEL KALTHOUM1

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital la Rabta, Tunis

Service réanimation, Hôpital la Rabta, Tunis

**Introduction :** Les candidémies sont des infections graves mettant en jeu le pronostic vital des patients dans les unités de soins intensifs. Leur incidence a nettement augmenté durant les trois dernières décennies en faisant actuellement la cinquième cause de septicémies nosocomiales. L'objectif de ce travail était de tracer le profil épidémiologique des candidémies en unité de réanimation et d'étudier la sensibilité des levures du genre *Candida* aux antifongiques.

**Matériel et méthodes :** Vingt huit cas d'hémocultures positives à *Candida* ont été diagnostiqués dans le laboratoire de Parasitologie à la Rabta sur une période 8 ans (Janvier 2008- Septembre 2015). Pour ces hémocultures, le sang a été ensemencé directement dans un flacon contenant un milieu de Sabouraud liquide: Mycosis IC/F puis incubé dans un automate, BACTEC 9120 (Becton Dickison) à 37°C pendant au moins 3 semaines. L'étude de la sensibilité in vitro des espèces de *Candida* spp isolées, était faite par le kit Fungitest® (Biorad, France).



**Résultats :** L'âge moyen des patients était de 43 ans avec un sexe ratio H/F égal à un. Le motif d'hospitalisation le plus fréquent était le sepsis sévère. La colonisation sur cathéter a été objectivée chez 11 malades. En 2008 et 2009, *C. Albicans* était l'espèce la plus fréquemment isolée (environ 40%), ensuite *C. Parapsilosis* devenait majoritaire avec une fréquence variant selon les années (33% en 2012 et 40% en 2013). Globalement, *C. Albicans* et *C. Parapsilosis* ont été isolées respectivement dans 39% et 35% des cas. Les autres espèces *C. Tropicalis* (4 cas), *C. Krusei* (2 cas) et *C. Glabrata* (un cas). Concernant la sensibilité aux antifongiques, pour les levures testées, toutes étaient sensibles au Fluconazole et au Voriconazole (sachant que *C. Krusei* est naturellement résistant au Fluconazole). Pour les autres antifongiques toutes espèces confondues, le pourcentage des souches intermédiaires était remarquable: miconazole (44%), itraconazole (25%), kétoconazole (25%) et 5-flucytosine (12.5%). Aucune résistance à l'amphotéricine B n'a été recensée et la plupart des patients ont été traités par cette molécule. Cependant, la mortalité était élevée (61%).

**Conclusion :** Il est essentiel de connaître le profil de l'épidémiologie local en particulier la répartition des espèces et leur sensibilité aux antifongiques afin d'adapter au mieux le traitement de première intention. *C. Albicans* reste la levure majoritairement isolée des hémocultures mais la plupart des études menées durant les deux dernières décennies soulignent l'émergence des espèces non albicans.

## **P111. PNEUMOPATHIE VARICELLEUSE ET IMMUNODEPRESSION : A PROPOS DE UN CAS**

AUTEURS : BEN ALI A\*, JENDOUBI A, CHERIF M, ZOUBLI A, ELHECHMI Z, ABIDI A, JERBI Z

*Service des urgences et de réanimation, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie*

**Introduction :** La varicelle est une maladie infantile bénigne due au virus varicelle zona (VZV). Elle est caractérisée par une fièvre et des éruptions exanthématiques et vésiculeuses. Chez l'adulte, l'affection peut être plus sévère avec en particulier une atteinte pulmonaire, dans 5 à 50% des cas. Les formes sévères sont souvent associées à une immunodépression avec une morbidité et une mortalité importante.

**Observation :** nous rapportons le cas d'un patient âgé de 34ans aux antécédents d'aplasie médullaire idiopathique ayant une réponse incomplète à la ciclosporine gardant une thrombopénie à 37000, polytransfusé, ayant une nièce de 3ans traitée pour varicelle cutanée depuis quinze jours, qui présente depuis 5 jours une éruption cutanée prurigineuse au niveau de la face et du cuir chevelu rapidement étendu à tout le corps évoluant dans un contexte fébrile associé à une dyspnée d'aggravation progressive des expectorations jaunâtres motivant son hospitalisation . L'examen à l'admission trouve un patient conscient polypneique avec une fréquence respiratoire à 40 cycles par minute, et une saturation percutanée en oxygène à 95% sous 8 L d'oxygène en masque, le patient est fébrile à 38,8 ; tachycarde à 120 battements par minutes, la pression artérielle est à 110/70 mmHg, une diurèse conservée avec des urines foncées. L'examen pleuro-pulmonaire trouve des râles crépitants diffus aux deux champs pulmonaires. Le reste de l'examen trouve des lésions vésiculocroûteuses d'âges différents au niveau de tout le corps associé à des lésions purpuriques diffuses n'épargnant que le visage avec des érosions buccales. La radiographie du thorax montre des infiltrats micro et macronodulaires bilatéraux. La gazométrie sous 8l d'oxygène par masque à haute concentration trouve : pH=7,42 ; PaO<sub>2</sub>=82mmHg ; PCO<sub>2</sub>=39mmHg ; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>=25,3 ; SPO<sub>2</sub>=96% ; P/F=182.2 .Le bilan biologique trouve une normocytose avec une thrombopénie à 5000 ;un TP à 45% ;une CRP à 80 ml/l ;une insuffisance rénale avec une clairance à 6ml/min avec une hyperkaliémie à 7,2 une cytolysé hépatique à 40X normale ;un rhabdomyolyse à 44Xnormale ; les sérologie d'hepatite B ;C ;HIV négatives .une sérologie vzv positive, ainsi le diagnostic de pneumopathie varicelleuse était retenu le patient était mis sous zovirax associé au Claforan et ciprofloxacine ,il a été transfusé en total par 14CP et 1 CUP il a bénéficié d' une séance d'hémodialyse l'évolution était marquée par l'altération de l' état hémodynamique et l'augmentation de ces besoins en oxygène nécessitant sa mise sous ventilation mécanique et l'introduction des drogues vasoactives, malade décédé le 4<sup>ème</sup> jour de son hospitalisation.

**Conclusion :** La pneumonie varicelleuse est une complication assez fréquente et redoutable au cours de l'infection par le virus de la varicelle, elle peut être rapidement fatale lorsqu'elle survient sur un terrain immunodéprimé.

## **P112. APPORT DE LA BIOLOGIE MOLECULAIRE DANS LE DIAGNOSTIC DE LA PNEUMOCYTOSE PULMONAIRE : CHALLENGE ENTRE COLONISATION ET INFECTION, À PROPOS DE DEUX MALADES HOSPITALISÉS EN RÉANIMATION**

AUTEURS : GDOURA SAFA<sup>(1)\*</sup>, TRIFI AHLEM<sup>(2)</sup>, FAKHFAKH NAJLA<sup>(1)</sup>, ABDELLATIF SAMI<sup>(2)</sup>, KALLEL AICHA<sup>(1)</sup>, BELHAJ SLEH<sup>(1)</sup>, MASSOUDI MERIEM<sup>(1)</sup>, SAIDI ILHEM<sup>(1)</sup>, BEN LAKHAL SALAH<sup>(2)</sup>, KALLEL KALTHOUM<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup>:Laboratoire de parasitologie-mycologie Hôpital La Rabta Tunis.

<sup>2</sup>:Service de Réanimation Médicale. Hôpital La Rabta Tunis. Tunisie

**Introduction :** La pneumocystose causée par *Pneumocystis jirovecii*, est une infection opportuniste responsable de pneumopathie interstitielle grave chez les sujets immunodéprimés. L'avènement de la biologie moléculaire a permis de réelles avancées sur la compréhension de son épidémiologie, de sa physiopathologie ainsi que dans

le domaine du diagnostic biologique soulevant parfois, de par sa sensibilité, le problème de l'interprétation d'un résultat positif.

**Observations :** Il s'agit de deux patientes âgées respectivement de 51 ans et 57 ans, diabétiques. K.K était VIH+ alors que B.N avait un tableau de cancers multiples avec mélanome métastasé. Les deux patientes ont été hospitalisées dans le service de réanimation médicale dans un tableau de pneumopathie hypoxémiante et fièvre. La recherche mycologique de *P.jirovecii* dans le liquide de lavage broncho-alvéolaire par la coloration de Gromori-Grocott était positive seulement pour K.K ; la technique PCR était positive pour les deux patientes. La patiente K.K a été mise sous SMZ/TMP à des doses curatives. L'évolution a été marquée par le décès de la patiente 4 jours après son admission. La bonne évolution de la deuxième patiente sous cefotaxime et ciprofloxacine a permis d'évoquer l'hypothèse de colonisation par *P. jirovecii*.

**Discussion :** La pneumocystose pulmonaire est une complication infectieuse survenant sur des terrains immuno-déprimés nécessitant parfois l'hospitalisation en réanimation. La PCR représente une avancée significative dans le diagnostic de cette infection notamment pour les prélèvements paucicellulaires peu invasifs, essentiellement les crachats avec une charge parasitaire qui est très faible. Toutefois la sensibilité élevée de cette technique pose le problème de l'interprétation de la positivité. Actuellement, la PCR en temps réel a l'avantage de quantifier l'ADN déterminant ainsi un seuil tranchant entre une colonisation et une vraie infestation.

## **P113. PNEUMOPATHIE VIRALE CHEZ L'ADULTE IMMUNOCOMPÉTENT - A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : KAABIA B\*, GHZEL R, BEN SOLTANE H, RAMEH K, EL HADJ F, METHAMEM MEHDI

*Service des Urgences Hôpital universitaire Farhat Hached Sousse*

**Introduction :** La pneumopathie varicelleuse constitue une complication rare des infections à virus varicelle-zona. Chez l'adulte, elle est estimée à 5-50%, grave chez le fumeur et la femme enceinte, elle est responsable de 10% de mortalité, elle est souvent observée en cas d'immunodépression constitutionnelle ou acquise.

**Observation :** Nous rapportons un cas de pneumopathie varicelleuse chez un adulte de 45ans immunocompétent, grand tabagique, qui s'est présenté dans un tableau de syndrome de détresse respiratoire après l'apparition d'une éruption cutanée avec des lésions très nombreuses, généralisées, prédominantes au niveau de la face et des membres, faites de maculopapules, de vésicules, de croûtes et de pustules évocatrices de varicelle. La radiographie thoracique a montré un syndrome interstitiel avec des infiltrats micro et macro nodulaires bilatéraux prédominants aux bases. La gazométrie a objectivé une alcalose respiratoire avec hypoxie (PaO<sub>2</sub> :60 mmHg). L'évolution clinique et radiologique était favorable sous traitement antiviral et oxygénothérapie sans la nécessité d'un recours à l'assistance respiratoire

**Conclusion :** La varicelle de l'adulte sain est rare, mais souvent compliquée, notamment par une atteinte pulmonaire sous forme d'une pneumonie interstitielle qu'il faut rechercher systématiquement. Le traitement antiviral précoce par acyclovir est recommandé en cas de pneumonie varicelleuse avérée.

## **P114. PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PERI-MYOCARDITES AU SERVICE DES URGENCES FARHAT HACHED**

AUTEURS : MRAD O\*, LANOUR M, MEZGAR M, MABSOUT S, AFRIT S, METHAMEM MEHDI

*Service des Urgences Hôpital Universitaire Farhat Hached Sousse*

**Introduction :** Les péri-myocardites sont des pathologies peu fréquentes. Leur diagnostic aux urgences se base sur des données cliniques, électriques, biologiques et parfois échographiques. L'Objectif de notre travail est de déterminer l'aspect épidémiologique des péri-myocardites.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective réalisée au service des urgences Farhat Hached durant la période entre Janvier et Septembre 2015, incluant les patients âgés de plus de 15ans et chez qui on a retenu le diagnostic de péri-myocardite.

**Résultats :** Nous avons retenu 15 cas de péri-myocardites répartis comme suit : 9 hommes et 6 femmes. L'âge moyen de la population est de 38,3ans avec des extrêmes de 18 et 63ans. Les motifs de consultation étaient une douleur thoracique pour 9 patients, une dyspnée pour 2 patients, une douleur thoracique associée à une dyspnée pour 2 patients et une asthénie pour 2 patients. Une fièvre a été notée chez 20% des patients. On a signalé que 2 patients avaient des antécédents de néoplasie, 2 patients étaient allergiques à la pénicilline, une patiente était diabétique et hypertendue et un patient avait une dysplasie arythmogène du ventricule droit. On a identifié 10 cas de péricardite, 4 cas de myocardite et un cas de péri-myocardite. Pour les signes électriques identifiés au cours de ce travail, on a eu 2 ECG normaux. Des ondes T négatives dans 3 ECG, des ondes T plates pour 2 patients et des ondes T biphasiques pour un patient. Un sous-décalage de PQ a été noté chez 4 patients. Un microvoltage diffus

a été noté chez un seul patient. Un sus-décalage du segment ST concave vers le haut a été noté chez 2 patients, on a trouvé un sous-décalage ST chez 2 patients.

L'exploration échocardiographique a révélé un épanchement péricardique de faible abondance sans compression des cavités chez 4 patients, un épanchement péricardique circonférentiel de moyenne abondance chez un patient. On a identifié aussi un épanchement péricardique de grande abondance avec compression de l'OD chez un seul patient. On a noté aussi un aspect de myo-péricardite pour un patient. L'écho cœur est revenue normale pour un patient. La majorité des patients ont été hospitalisés en cardiologie. 3 patients ont été traités en ambulatoire avec un suivi rapproché.

**Conclusion :** Le suivi ultérieur des patients atteints de péri-myocardites complètera le bilan étiologique et le risque évolutif de ces pathologies.

## **P115. VALEUR PRONOSTIQUE DU RAPPORT PROTEINE C REACTIVE/ALBUMINE DANS LES ETATS DE CHOC SEPTIQUES : RESULTATS PRELIMINAIRES**

AUTEURS : KAMEL BENGAYED\*, ALI JENDOUBI, NOURA LAHOULI, SALMA DAHMANI, ZIED SAMMOUD, BOCHRA FOUZAI, SALMA GHEDIRA, MOHAMED HOUISSA  
*Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie*

**Introduction :** Malgré les progrès réalisés, la mortalité du choc septique reste élevée. La réponse inflammatoire à l'infection est un élément important dans la physiopathologie du choc septique et constitue un déterminant majeur du pronostic à court et à moyen terme. C'est dans ce contexte que les biomarqueurs, tels que les leucocytes (GB), la protéine C réactive (CRP) sont utilisés au lit du patient. Récemment, certaines études [1-2] ont montré que le rapport CRP/Albumine pouvait également être un indicateur pronostique. L'objectif de ce travail était de valider la valeur pronostique de ce ratio dans une cohorte de patients admis pour état de choc septique.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective observationnelle monocentrique menée depuis le mois de juin 2015. Ainsi, 20 patients âgés de 18ans et plus, admis pour état de choc septique, ont été inclus. Les données démographiques, cliniques, et biologiques, ainsi que la mortalité à 28 jours ont été répertoriées. 2 groupes ont été individualisés : CRP/Albumine <10 et CRP/Albumine >10. Nous avons réalisé le test non paramétrique de Mann-Whitney pour la comparaison des distributions. Une probabilité inférieure à 0,05 était considérée comme significative.

**Résultats :** L'étude a inclus 20 patients, d'âge moyen de  $52,6 \pm 14$ ans (sexe ratio M/F : 16/4), l'IGS2 moyen était de  $44,4 \pm 18,6$  points. 10% des patients étaient immunodéprimés. La mortalité en réanimation était de 44%. Le foyer infectieux était pulmonaire chez 12 (60%) patients, urinaire chez 3 (15%) avec une bactériémie dans 25% des cas. Onze dans le groupe CRP/Albumine >10 et 9 dans le groupe CRP/Albumine <10. On notait une diminution significative de la durée de séjour ( $p=0.007$ ) et de la durée de ventilation mécanique ( $p=0.045$ ) dans le groupe CRP/Albumine <10. Le score IGSII ainsi que la mortalité à J28 n'étaient pas différents entre les 2 groupes. Nous avons trouvé une corrélation négative significative ( $r = - 0,602$  ;  $p = 0.017$ ) entre la leucocytose et le rapport CRP albumine. La leucocytose était significativement plus basse dans le groupe CRP/Albumine >10 ( $p = 0.014$ ).

**Conclusion :** Un échantillon plus fourni nous permettra de déterminer une valeur cut-off du ratio CRP/Albumine pour nos patients et de mieux appréhender le rôle de ce ratio dans la physiopathologie du choc septique, l'oxygénation tissulaire et la mortalité précoce et tardive. Références : 1. Kinoshita et al. Ann Surg Oncol 2014. 2. Min Hyung Kim et al. PLOS ONE 2015.

## **P116. UNE MENINGITE A WEST NILE VIRUS : A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : OLFA TURKI\* ; KAIS REGAIEG ; INÈS AMMAR ; MARIEM SMAOUI ; MABROUK BAHLOUL ; CHOKRI BEN HAMIDA ; MOUNIR BOUAZIZ  
*Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax*

**Introduction :** L'altération de l'état de conscience dans un contexte fébrile nous conduit toujours à rechercher la méningo-encéphalite bactérienne ou herpétique et de les traiter de façon systématique même avant d'avoir les preuves bactériologique ou virale. D'autres étiologies virales notamment West Nile sont à rechercher dans certaines circonstances.

**Observation :** Nous rapportons le cas de l'enfant F.B âgé de 11ans admis dans notre service dans un tableau d'altération de l'état de conscience (SCG à 11/15) dans un contexte fébrile sans signes de localisations initiale. Une ponction lombaire faite, après une TDM cérébrale normale, a isolé 140 éléments blancs à prédominance lymphocytaire (54%) avec une albuminorachie et une glucorachie qui étaient normales. Au bilan inflammatoire, pas d'hyperleucocytose mais une CRP >48 et le reste du bilan biologique était sans anomalies. La méningite bactérienne et herpétique ont été évoqués d'emblée et un traitement à base de Céfotaxime et Aciclovir à été débuté. L'évolution a été marquée par l'apparition de crises convulsives généralisées confirmé par un EEG qui a montré un tracé ralenti et des pointes frontales gauches et centrales droites évoquant une encéphalite virale. Le patient a été traité par les doses de charge de gardéнал ainsi que des doses d'entretien avec une évolution neurologique avec

un SCG en post extubation à 13/15 au bout 5 jours de traitement, sans isolé aucun germes bactérien ou virale et la PCR herpes était négative. Devant cette évolution rapide favorable et l'absence de preuve bactériologique d'autres sérologies virales ont été faites notamment la sérologie de West Nile qui est revenue positive.

**Conclusion :** Les formes neuro-invasives de l'infection à West Nile virus sont rares. Il faut penser au diagnostic surtout dans un contexte d'une épidémie à ce virus. L'évolution est généralement favorable. Le traitement reste symptomatique. La prévention est basée sur la lutte contre le vecteur.

## **P117. PYELONEPHRITE EMPHYSEMATEUSE : A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : DOGHRI H \*, SEDGHIANI I, MAHDHAOUI S, EL HECHMI YZ, CHERIF M, JERBI Z

Département Urgence-Réanimation hôpital. Habib Thameur, Tunis, Tunisie

**Introduction :** La pyélonéphrite aigue emphysemateuse (pnae) est une forme sévère et nécrosante de la pyélonéphrite bactérienne aigue responsable de formation de gaz au sein du parenchyme rénal et des espaces péri rénaux. C'est une affection rare grevée d'une mortalité lourde par syndrome de défaillance multi viscérale.

**Observation :** Nous rapportons le cas de Mme M.F âgée de 88ans, aux antécédents de diabète type 2 et d'accident vasculaire cérébral ischémique admise aux urgences pour acidocétose diabétique. A l'admission, elle présentait une fièvre à 38 °c, une polypnée à 28/mn, une douleur bilatérale à l'ébranlement lombaire. L'état hémodynamique était stable et les urines étaient purulentes. La biologie révèle une hyperglycémie= 40 mmol/l, une acidose métabolique avec ph= 7.29 et des bicarbonates plasmatiques = 13.9 mmol/l, une glycosurie et une cétonurie, une insuffisance rénale (urée= 29.7mmoml/l, créatinine =259 µmol/l et une crp=152mg/l. L'ECBU était positif à klebsiella pneumonia et à candida albicans. L'échographie rénale trouve une cystite emphysemateuse avec dilatation urétéro-pyélo-calicielle bilatérale et le scanner abdominal conclut à une pnae.

En plus de l'insulinothérapie, la patiente était mise sous céfotaxime et métronidazole et transférée en milieu d'urologie où elle a eu un drainage urétéral bilatéral. L'évolution était favorable avec une apyrexie, une amélioration de la fonction rénale et correction de l'acidose.

**Conclusion :** La pnae est une complication rare des infections du tractus urinaire pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Elle est à évoquer chez tout diabétique. Le pronostic dépend du terrain et de la précocité d'un traitement médicochirurgical.

## **P118. L'ASPERGILLOSE SINUSIENNE**

AUTEURS : M. GARGOURI (1)\*, M. KOUBAA (1), T. BEN JEMAA (1), K. REGAIG (1), I. CHAABEN (1), H. BEN HMIDA (1), A. AYEDI (2), C. MARRAKCHI (1), M. BEN JEMAA (1)

1- Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

2- Laboratoire de Mycologie et Parasitologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

**Introduction :** L'aspergillose sinusienne est une pathologie rare dont l'évolution est imprévisible nécessitant un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et adéquate. Nous rapportons un cas d'aspergillose sinusienne d'origine dentaire compliquée d'une paralysie faciale, d'endophtalmie et de thrombose veineuse cérébrale.

**Observation :** Il s'agissait d'une femme diabétique âgée de 61 ans qui a été hospitalisée pour œdème naso-génien droit avec extension vers l'hémiface droite associée à des céphalées et une exophtalmie droite avec fièvre suite à des soins dentaires. La patiente a reçu un traitement antibiotique. L'évolution était marquée par l'installation d'une paralysie faciale droite périphérique. Un scanner cérébral et du massif facial a montré une cellulite faciale et génienne droite avec présence d'une petite collection latéro-mandibulaire interne associée à une cellulite orbitaire pré-septale droite à l'origine d'une exophtalmie droite et une thrombose du sinus caverneux confirmé par l'IRM. Une biopsie sinusienne a été réalisée. L'examen anatomopathologique a objectivé la présence de filaments mycéliens évocateurs d'Aspergillus. La patiente a été traitée par voriconazole pendant 30 jours. L'évolution était marquée par la régression de l'œdème facial.

**Conclusion :** L'aspergillose sinusienne est une pathologie rare. Le pronostic dépend d'une prise en charge précoce et efficace.

## **P119. L'OTITE EXTERNE MALIGNE CANDIDOSIQUE : UNE PATHOLOGIE RARE MAIS PARFOIS GRAVE**

AUTEURS : M. GARGOURI (1)\*, M. KOUBAA (1), T. BEN JEMAA (1), K. REGAIG (1), I. CHAABEN (1), H. BEN HMIDA (1), A. AYEDI (2), C. MARRAKCHI (1), M. BEN JEMAA (1)

1- Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

2- Laboratoire de Mycologie et Parasitologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

**Introduction :** L'otite externe maligne (OEM) est une infection invasive de l'os temporal causé essentiellement par Pseudomonas Aeruginosa. L'origine candidosique est rare et s'observe surtout chez les sujets immunodéprimés.



Le but de cette étude était de décrire les caractéristiques cliniques et les modalités thérapeutiques et évolutives des OEM candidosiques.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective portant sur tous les cas d'OEM à Candida hospitalisés dans un service de maladies infectieuses entre 1990 et 2013.

**Résultat :** Nous avons inclus 13 cas (24%) d'OEM candidosique parmi 54 cas d'OEM. Il s'agissait de 7 hommes et 6 femmes. Tous les patients étaient diabétiques. L'âge moyen était de  $68,7 \pm 12$  ans. La symptomatologie clinique était dominée par une otalgie dans 12 cas (92%), une otorrhée dans 8 cas (61%), une céphalée et une fièvre dans 6 cas chacune (46%). Une paralysie faciale était observée dans un cas (7%). Une élévation de la glycémie veineuse dépassant 11 mmol/l était décrite dans 10 cas (76%). L'examen ORL a montré la présence de granulation tissulaire dans le conduit auditif externe dans 5 cas (38,4%). La culture des prélèvements oculaires a identifié *Candida parapsilosis* dans 8 cas (61%), *Candida albicans* dans 4 cas (30%) et *Candida krusei* dans un cas (7%). Un scanner du massif facial a montré une ostéolyse dans 9 cas (69,2%). La durée de traitement antifongique était de  $58 \pm 28$  jours. L'évolution était favorable dans 10 cas (76%) et fatale dans le reste des cas.

**Conclusion :** L'OEM candidosique est une pathologie rare qui affecte essentiellement les sujets âgés diabétiques ou immunodéprimés. Le diagnostic de l'origine fongique est souvent difficile et tardive ce qui entraîne des complications parfois mortelle. Ainsi, la connaissance et la maîtrise de la prise en charge multidisciplinaire de l'OEM reste un sujet incontournable pour intervenir à temps et éviter les complications graves.

## **P120. LA NÉCROSE DIGITALE : COMPLICATION INHABITUELLE DE LA RICKETT-SIOSE**

AUTEURS : T. BEN JEMAA\*, M. KOUBAA, M. GARGOURI, K. REGAIG, H. BEN HMIDA, I. CHAABENE, C. MARRAKCHI, M. BEN JEMAA

*Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie*

**Introduction :** La rickettsiose est une maladie infectieuse causée par une bactérie du genre *Rickettsia*. Cette bactérie intracellulaire est transmise à l'homme après une piqûre par un arthropode. Elle est responsable d'une fièvre éruptive avec des tableaux cliniques variés. Nous présentons un cas rare d'une rickettsiose sévère responsable d'une nécrose des extrémités et nous rapportons les principales caractéristiques cliniques et paracliniques de cette affection ainsi que ses modalités évolutives.

**Observation :** Il s'agit d'une femme âgée de 61 ans, sans antécédents pathologiques, qui était admise au service des maladies infectieuses pour une fièvre éruptive d'apparition brutale associées à des céphalées. L'examen physique a révélé une fièvre à  $39,5^{\circ}\text{C}$  et une éruption maculopapuleuse disséminée. L'exploration biologique a objectivé un syndrome inflammatoire biologique, une cytolysé hépatique et une lipasémie élevée. Le diagnostic de la rickettsiose a été évoqué et la patiente était traitée par doxycycline. L'évolution était marquée par la survenue, 24 heures après son hospitalisation, d'un état de choc avec défaillance multiviscérale. Une prise en charge en milieu de réanimation était indiquée et une antibiothérapie à large spectre était instaurée. L'évolution était marquée par l'installation d'une coagulation intravasculaire disséminée avec une gangrène sèche et distale des doigts et des orteils. La sérologie était positive à *Rickettsia conorii* et le diagnostic de la rickettsiose maligne était retenu. La patiente était traitée par doxycycline et des vasodilatateurs artériels (Prostine) avec amputation des doigts et des orteils nécrosés. L'évolution ultérieure était marquée par l'amélioration clinique et la normalisation des paramètres biologiques après 15 jours de traitement. La cicatrisation cutanée des moignons d'amputation était bonne.

**Conclusion :** La rickettsiose se traduit souvent par une fièvre éruptive mais elle revêt des tableaux cliniques divers de gravité variable. La nécrose des doigts et des orteils est l'expression clinique d'une CIVD ce qui constitue une forme rare et potentiellement grave. Le traitement de ces formes malignes est basé sur une réanimation urgente associé à une antibiothérapie par les cyclines.

## **P121. LA PNEUMOCYSTOSE EN DEHORS DU VIH**

AUTEURS : M. GARGOURI (1)\*, M. KOUBAA (1), T. BEN JEMAA (1), K. REGAIG (1), Y. MEJDOUB (1), I. CHAABEN (1), H. BEN HMIDA (1), A. AYEDI (2), C. MARRAKCHI (1), M. BEN JEMAA (1)

*1- Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie*

*2- Laboratoire de Mycologie et Parasitologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie*

**Introduction :** La pneumocystose touche souvent les patients immunodéprimés en particulier les sujets vivants avec le virus d'immunodéficience humaine. Toutefois des formes graves peuvent survenir chez des sujets immunocompétents. Nous rapportons deux cas de pneumocystose chez des sujets immunocompétents.

**Observation n°1 :** Mr B.A âgé de 60ans était hospitalisé pour exploration d'un ictère à bilirubine libre avec une toux sèche évoluant depuis 15 jours. A l'admission, on a trouvé un ictère cutanéomuqueux avec présence de râles crépitants au niveau des deux bases pulmonaires. La radiographie pulmonaire montrait un syndrome alvéolo-interstitiel basal bilatéral. La TDM thoracique a objectivé une plage de verre dépoli multifocale prédominant au



niveau des lobes supérieurs avec un syndrome interstitiel. A la biologie on a trouvé un syndrome inflammatoire biologique. L'intradermo-réaction (IDR) à la tuberculine, la recherche de BK (RBK) dans les crachats, la sérologie VIH et des atypiques étaient négatives. La recherche des agglutinines froides était positive confirmant une anémie hémolytique avec un test de Coombs direct négatif. Le taux des lymphocytes T CD4 était à 441/mm<sup>3</sup>. La recherche de Pneumocystis Jiroveci par PCR dans les crachats était positive. Un traitement par triméthoprime-sulfaméthoxazole était reçu pendant 3 semaines. L'évolution était favorable avec amélioration clinique et biologique.

**Observation 2 :** Mr S M âgé de 54ans, était hospitalisé pour un carcinome épidermoïde du maxillaire droit évoluant depuis 2 mois dans un contexte de fièvre. A l'admission, le patient était fébrile à 38,5°C avec des râles crépitants au niveau basal droit. La radiographie thoracique objectivait des opacités hétérogènes et un syndrome interstitiel basal droit. Le scanner thoracique a objectivé de multiples micronodules Centro-lobulaires diffus au champ pulmonaire droit dont certaines sont confluentes par endroit. Le bilan biologique retrouvait un syndrome inflammatoire biologique. L'IDR, la RBK dans les crachats, l'antigénémie aspergillaire ainsi que la sérologie VIH et des germes intracellulaires étaient négatives. Le dosage des immunoglobulines objectivait un déficit de l'immunité humorale de type hypogammopathie polyclonale. La recherche de Pneumocystis Jiroveci par PCR dans les crachats était positive. Un traitement par triméthoprime-sulfaméthoxazole était reçu pendant 3 semaines. L'évolution clinique et biologique était favorable.

**Conclusion :** La pneumocystose en dehors de VIH pose des problèmes diagnostiques du fait de sa rareté et de l'absence de signes cliniques spécifiques. Ainsi, la connaissance et la maîtrise de sa prise en charge reste un sujet incontournable pour intervenir à temps et éviter les complications grave.

## **P122. LE PALUDISME GRAVE D'IMPORTATION EN TUNISIE : CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES**

AUTEURS : R. MANAI\* (1), M. OUESLATI (1), S. SALLEM (2), A. TRIFI (1), S. ABDELLATIF (1), L. AMMARI (2), F. DALY (1), R. NASRI (1), K. KALLEL (3), H. TIOURI BENAÏSSA (2), S. BEN LAKHAL (1)

<sup>1</sup>-Service de réanimation médicale CHU la Rabta Tunis, Tunisie

<sup>2</sup>-Service des maladies infectieuses CHU la Rabta Tunis, Tunisie

<sup>3</sup>-Service de mycologie parasitologie CHU la Rabta Tunis, Tunisie

**Introduction :** Le paludisme grave représente un des enjeux prioritaires de santé publique au plan mondial avec plus d'un million de décès annuellement en zones d'endémie. Dans les pays non endémiques, le paludisme grave d'importation reste une infection potentiellement mortelle malgré un niveau de soin élevé. L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du paludisme grave.

**Patients et méthodes :** étude rétrospective, observationnelle menée aux services de réanimation médicale et des maladies infectieuses de la Rabta, sur la période de 2008 jusqu'au 2014 (6ans). Le diagnostic de paludisme grave a été retenu sur la présence d'au moins un des critères de gravité définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 2000. La confirmation parasitologique a été effectuée par la goutte épaisse et le frottis sanguin. Le suivi de l'efficacité thérapeutique a été basé sur l'évolution clinique et la parasitémie.

**Résultats :** 14 patients ont été inclus de sex ratio : 1,29 et d'âge moyen à 38ans. Il s'agissait d'un paludisme d'importation après un séjour dans un pays d'endémie dans tous les cas. Les manifestations cliniques motivant la consultation étaient : une fièvre (92%), des céphalées (71%), un ictère (64,2%) et des troubles neurologiques (50%). Les critères de gravité étaient regroupés sur la figure ci-dessous. Neuf patients (65%) ont eu recours à la réanimation. Les motifs de transfert étaient les troubles de la conscience ou neuropaludisme chez 4 patients, l'état de choc chez 4 patients et détresse respiratoire dans 1 cas. Les perturbations biologiques les plus constatées étaient la choléstase, l'acidose métabolique, l'insuffisance rénale aigue et une pancytopenie en rapport avec un syndrome d'activation macrophagique. Le délai diagnostique moyen était de 8 jours. Le diagnostic a été confirmé par la goutte épaisse et le frottis sanguin mettant en évidence Plasmodium falciparum dans tous les cas. Pour un patient, deux espèces plasmodiales ont été identifiées (P. Falciparum et P. ovalae). La parasitémie a été effectuée uniquement pour six malades variant entre 0 et 35% et d'une cadence de 1 à 3 fois le long de l'évolution. Tous les patients ont reçu une dose de charge de quinine à 16mg/kg en intraveineuse (IV), relayée par une dose d'entretien de 24mg/kg/j pendant en moyenne 4 jours. La couverture thérapeutique a eu recours à l'artemether-Lumefantrine (COARTEM) pour une durée moyenne de 3j. L'artesunate a été prescrit chez un patient pendant 2 jours par voie IV. Aucun effet indésirable n'a été rapporté des antipaludiques utilisés. L'évolution était favorable pour 13 patients avec négativation parasitologique qui a été obtenue essentiellement à J3 après traitement. Un seul décès a été déploré par défaillance multi viscérale.

**Conclusion :** le paludisme grave ne cesse d'être l'infection parasitaire la plus fréquente et la plus grave. Plasmodium falciparum est l'espèce plasmodiale prédominante. Le traitement curatif implique une combinaison chloroquine/artesunate. Malgré un diagnostic et une prise en charge dans les temps requis, la létalité du paludisme grave d'importation en réanimation reste élevée. Les facteurs de gravité associés au décès sont la présence d'un état de choc, le neuropaludisme et les troubles de la coagulation.

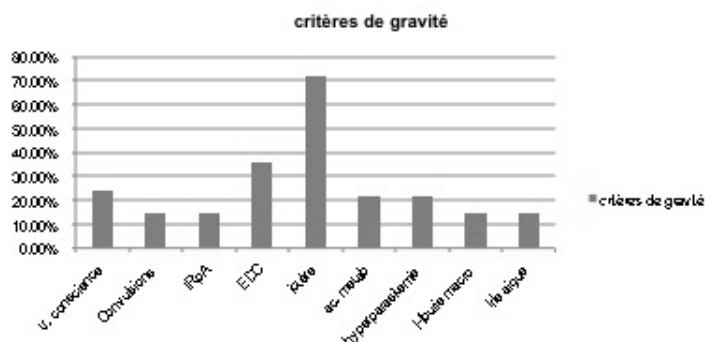


Fig : critères de gravité nécessitant l'hospitalisation en réanimation

## P123. LE PALUDISME GRAVE D'IMPORTATION

AUTEURS : M. GARGOURI\*<sup>(1)</sup>, M. KOUBAA<sup>(1)</sup>, H. BEN AYED<sup>(1)</sup>, T. BEN JEMAA<sup>(1)</sup>, K. REGAIG<sup>(2)</sup>, C. MARRAKCHI<sup>(1)</sup>, M. BAHLOUL<sup>(2)</sup>, A. AYEDI<sup>(3)</sup>, M. BOUAZIZ<sup>(2)</sup>, M. BEN JEMAA<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup>- Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

<sup>2</sup>- Service de Réanimation, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

<sup>3</sup>- Laboratoires de Mycologie et Parasitologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

**Introduction :** Le paludisme grave est une maladie infectieuse redoutable imposant la plus grande rigueur dans le diagnostic et la prise en charge. Les formes graves représentent 10% des cas de paludisme à *Plasmodium falciparum*. C'est une infection à laquelle il faut savoir immédiatement penser au moindre symptôme évocateur au retour d'un séjour en zone d'endémie palustre. Le but de cette étude était de décrire les caractéristiques cliniques thérapeutiques et évolutives des cas de paludisme grave.

**Patients et méthodes :** Analyse rétrospective de tous les cas de paludisme graves hospitalisés entre 1990 et 2015 dans un service de maladies infectieuses.

**Résultats :** Parmi 60 cas de paludisme hospitalisé durant la période d'étude dix-neuf patients (31,6%) avaient des critères de gravité. L'âge médian était de 35 (17-62) ans. Dix-huit patients avaient séjourné en Afrique subsaharienne. La chimio prophylaxie était administrée dans deux cas (10,5%). Le délai moyen entre le retour du pays endémique et le début des symptômes était de 19 jours. La parasitémie était élevée (>4%) chez trois de nos patients. Les signes de gravité étaient essentiellement hépatique dans 8 cas (42,1%), neurologique dans 7 cas (36,8%) et rénale dans 3 cas (15,7%). Dix patients étaient traités par la quinine en intraveineux associée au traitement symptomatique. La durée moyenne de traitement par quinine était de 8 jours. L'évolution était favorable dans 17 cas (89,4%) et fatales dans deux cas (10,5%).

**Conclusion :** Le paludisme à *Plasmodium Falciparum* reste un fléau mondial et une des priorités de l'OMS. Sa place en termes de fréquence est la conséquence de la persistance du paludisme dans les régions tropicales et de l'accroissement des voyages vers ces destinations. Ainsi, la connaissance et la maîtrise de la prophylaxie et de la prise en charge du paludisme restent un sujet incontournable pour intervenir à temps et éviter les complications graves.

## P124. LES ENDOPHTALMIES INFECTIEUSES

AUTEURS : A. TLIJANI, M. KOUBAA, M. GARGOURI\*, T. BEN JEMAA, K. REGAIG, I. CHAABEN, H. BEN HMIDA, C. MARRAKCHI, M. BEN JEMAA

Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

**Introduction :** Les endophtalmies représentent une atteinte rare et grave du globe oculaire qui peuvent engager le pronostic visuel. Le but de notre travail était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et évolutives des endophtalmies infectieuses.

**Matériels et méthodes :** Etude rétrospective ayant inclus les cas d'endophtalmies infectieuses hospitalisés dans un service de Maladies Infectieuses entre 2000 et 2014.

**Résultats :** Nous avons inclus 11 cas (4 femmes et 7 hommes). L'âge moyen était de 55 ± 21 ans. Deux cas étaient diabétiques et 1 cas traité par un immunosuppresseur. Les principaux signes cliniques étaient : la douleur (100%), la rougeur oculaire (82%), la baisse de l'acuité visuelle (82%), le chémosis (73%) et la fièvre (45,5%). L'endophtalmie était post-traumatique dans 4 cas (36,3%), post-opératoire dans 4 cas (36,3%) et idiopathique dans 3 cas (27,4%). Elle était unilatérale dans 10 cas. Des prélèvements oculaires étaient réalisés dans 9 cas dont 4 étaient positives à *Pseudomonas aeruginosa* (3 cas) et *Sphingomonas paucimobilis* (1 cas). Tous les patients ont reçus une antibiothérapie par voie locale et systémique associant au moins deux antibiotiques. La durée totale de

L'antibiothérapie était en moyenne de  $33 \pm 21$  jours. Une injection intra-vitréennes d'antibiotiques était réalisée dans 4 cas (36,3%). Une corticothérapie systémique était prescrite dans 7 cas (63,6%) avec une durée moyenne de  $7 \pm 3$  jours. L'évolution était favorable dans 7 cas (63,6%) avec amélioration de l'acuité visuelle. Une vitrectomie était réalisée dans 3 cas et 1 cas a gardé une cécité.

**Conclusion :** L'endophtalmie demeurent une complication grave et redoutée. Elle constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. Malgré l'avènement de nouvelles molécules antibiotiques à bonne diffusion intra-oculaire, son pronostic demeure sombre.

## P125. LES MÉNINGITES POST-TRAUMATIQUES

AUTEURS : K. REKIK<sup>(1)</sup>, M. KOUBAA<sup>(1)</sup>, M. GARGOURI<sup>(1)\*</sup>, T. BEN JEMAA<sup>(1)</sup>, K. REGAIG<sup>(2)</sup>, H. BEN HMIDA<sup>(1)</sup>, M. BAHLOUL<sup>(2)</sup>, C. MARRAKCHI<sup>(1)</sup>, M. BEN JEMAA<sup>(1)</sup>

1- Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

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

**Introduction :** Les méningites purulentes post-traumatiques (MPT) sont rares mais préoccupantes du fait de leurs gravités. Elles imposent la recherche d'une cause favorisante qui peut être une brèche entre les cavités aériennes et les espaces sous arachnoïdiens surtout dans les suites d'un traumatisme crânien. L'objectif de notre travail était de préciser les caractéristiques cliniques, para-cliniques et thérapeutiques des MPT.

**Patients et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée entre 1995 et 2013 incluant tous les cas ayant une MPT hospitalisés au service des Maladies Infectieuses.

**Résultats :** Nous avons inclus 39 cas (37 hommes et 2 femmes). L'âge médian était de 28 [4-67] ans. Le délai médian entre le traumatisme crânien et le diagnostic de MPT était de 15 [2-9720] jours. Les principaux signes cliniques étaient une fièvre (39 cas), un syndrome méningé franc (28 cas), une convulsion (8 cas) et une rhinorrhée (7 cas). Les germes les plus fréquemment isolés dans le liquide céphalo-rachidiens étaient le pneumocoque (13 cas) et des bacilles à Gram négatif (6 cas). La TDM cérébrale était réalisée dans 38 cas. Elle a révélé une pneumocéphalie (8 cas), une hémorragie méningée (6 cas), une contusion cérébrale (8 cas), une brèche ostéo-méningée (8 cas) et une fracture de la base du crâne (18 cas). L'antibiothérapie était essentiellement à base de céfotaxime associée à la fosfomycine (10 cas). La durée moyenne du traitement était de  $21 \pm 9$  jours. L'évolution était favorable dans 34 cas. Deux cas étaient décédés.

**Conclusion :** La MPT est une infection sévère qui peut se déclarer avec un délai plus ou moins récent après le traumatisme. Le tableau clinique est souvent non spécifique. Devant toute méningite purulente surtout à pneumocoque, Le clinicien doit chercher la notion de traumatisme crânien.

## P126. MENINGITE A ACINETOBACTER BAUMANII MULTI RESISTANT : UN SÉRIEX PROBLEME THERAPEUTIQUE

AUTEURS : MHAMDI.S, GUIZANI.T\*, NAKHLI.MS, BRAHIM. A, AJINA. A, KAHLOUL.M, NAÏJA.W

Service d Anesthésie Réanimation - CHU Sahloul

**Introduction :** Acinetobacter Baumannii constitue l'un des pathogènes les plus problématiques en milieu de réanimation. Son caractère ubiquitaire et l'émergence de résistances potentialisent sa capacité de propagation nosocomiale. Bien que les méningites nosocomiales à Acinetobacter soient rares et exceptionnelles, elles posent un défi thérapeutique du fait du nombre réduit de molécules diffusant dans les méninges. Nous rapportons un cas de méningite nosocomiale due à Acinetobacter Baumannii multirésistant compliquant un accident vasculaire cérébral hémorragique.

**Observation :** S.D, 51ans, est un patient de sexe masculin diabétique, hypertendu admis en urgence pour un tableau d'accident vasculaire cérébral hémorragique avec coma d'emblée (GCS à 9). L'imagerie cérébrale a objectivé un hématome thalamique rompu dans les ventricules avec une hydrocéphalie indiquant la pose d'une dérivation ventriculaire externe. L'évolution est marquée par l'apparition d'un sepsis à point de départ pulmonaire et sinusien à Acinetobacter Bumanii multi résistant sensible seulement à la colistine et la rifamycine. Le patient a été mis sous colistine a dose de 9 millions unités /j et rifamycine 1200mg /j. L'évolution a été marquée par l'aggravation de l'état hémodynamique en rapport avec un tableau de méningite nosocomiale et ventriculite. L'examen cytobactériologique du LCR obtenu par le drain de la DVE était trouble avec des leucocytes à 2000 (100% de polynucléaires neutrophiles), un isolat en culture riche et monomorphe d'A. Baumannii multi résistant. Notre conduite était d'injecter de la colistine en intra thécale à la dose de 200000 unités/j. L'évolution a été marquée par l'amélioration de l'état hémodynamique, une défervescence et stérilisation du LCR au bout de 10 jours. L'évolution ultérieure était défavorable avec apparition d'une néphropathie tubulo-interstielle puis un choc septique réfractaire.

**Conclusion :** Acinetobacter Baumannii est un pathogène émergent dont la mutlrésistance aux antibiotiques représente parfois une impasse thérapeutique surtout dans le tissu nerveux. Peu de cas dans la littérature traitent

ce sujet, notamment la voie d'administration et la posologie de la colistine par voie intra ventriculaire. A travers ce cas rare, nous avons montré qu'une stérilisation du LCR était possible par injection intra thécale de colistine.

## **P127. PULMONARY INFECTIONS IN RENAL TRANSPLANT PATIENTS: AN AGGRESSIVE DIAGNOSTIC APPROACH COMBINED WITH AN EARLY APPROPRIATE EMPIRICAL TREATMENT ARE CRUCIAL FOR SURVIVAL.**

AUTEURS : MEJRI O\*, BEJI O, ATIG R, ROMDHANI S, BAROUDI J, SBOUI G, HMOUDA H.

*Medical Intensive Care Unit, Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia.*

**Introduction:** Infection occurring in immunocompromised renal allograft recipients can cause life-threatening illness and often has serious implications for the allograft kidney. A wide spectrum of infectious agents must be considered, and diagnosis must be as early and specific as possible to ensure a favorable outcome. We present the case of a renal transplant recipient who presented with acute renal failure and signs of pulmonary infection, with special emphasis on temporal relationship between immunosuppression and infectious etiology, as well as prompt and aggressive diagnostic approach together with appropriate empirical therapy.

**Case presentation:** A 32-year-old female with a history of renal transplantation 1½ years prior because of end-stage renal disease and was on an immunosuppression regimen that included tacrolimus, MMF and prednisone. She was initially diagnosed as community acquired pneumonia in the nephrology department, treated with intravenous Ciprofloxacin. Few days later, she developed acute respiratory failure with high fever, and was transferred to our MICU. Computed tomography (CT) scan showed ground glass lesions in both lungs with bilateral lung nodules. Non-invasive ventilation was initiated to treat the respiratory failure, with piperacillin/tazobactam in association with ofloxacin and azithromycin to target the suspected bacterial pneumonia. Oral TMP-SMX with intravenous hydrocortisone qd as adjunctive therapy, was also initiated in association with her usual immunosuppressive treatment. Bronchoscopy and microbiological exams were unremarkable. The patient showed continued clinical improvement. She was transferred on day five to the nephrology department for further management.

**Discussion:** The incidence of infection in the renal transplant patient is directly related to the immunosuppressive effect achieved and the duration of time over which this therapy is administered. Nosocomial hazards are the second major factor in the causation of infections in this population, ranging from invasive instrumentation to environmental contamination with *Aspergillus* species, *Legionella pneumophila*, *Pseudomonas aeruginosa* and other microbial pathogens.

In fact, there is a timetable as to what types of pulmonary infection occur at a given point post-transplant. In the first month, bacterial infection is of prime importance. In the period one to four months post-transplant, CMV pneumonia predominates, with other opportunistic infections, particularly those due to *Nocardia asteroides* and fungal species. In the late post-transplant period, both conventional and opportunistic infection may occur; the former primarily in patients with good renal function receiving minimal immunosuppressive therapy, and the latter in patients with poor renal function receiving higher levels of immunosuppression. Performing bronchoscopy is a major component in the management of renal transplant recipients with lung infiltrates to have high diagnostic yield. Although primary pulmonary infection responds well to therapy when diagnosed early, superinfection remains an unsolved problem, occurring in as many as 40 percent of the transplant recipients with pneumonia, and carrying a high mortality.

**Conclusion:** Pulmonary infections in renal transplant hosts constitute a medical emergency. Immediate, appropriate, empiric or specific antimicrobial treatment is mandatory. Because the spectrum of potential pathogens is far more diverse than in immunocompetent hosts, an aggressive and systematic diagnostic approach for the management of these patients is required.

## **P128. PROFIL DES CANDIDOSES INVASIVES DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION TUNISIEN : UNE ÉTUDE DE COHORTE OBSERVATIONNELLE.**

AUTEURS : BEN LAKHAL H, ABID M, OUANES I, BEN ABDALLAH S, HAMMED H, JABLA R, HACHANI A, MARZOUK M, ABDELLAOUI I, GHRIBI CH, BEN ALI I, DACHRAOUI F, OUANES-BESBES L, ABROUG F.

*Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie.*

**Introduction:** Les candidoses invasives sont fréquentes en réanimation et associées à une surmortalité (jusqu'à 80%). L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques cliniques, les données microbiologiques ainsi que les particularités de la prise en charge des candidoses invasives dans un service de réanimation tunisien.

**Patients et Méthodes :** C'est une étude de cohorte rétrospective monocentrique incluant les patients consécutivement admis dans notre service entre Janvier 2012 et Mars 2015, et ayant une candidose invasive. Le diagnostic



de candidose invasive a été retenu en présence d'hémoculture positive à candida et/ou en présence de 50% ou plus de sites colonisés à candida (index de Pittet).

**Résultats :** Durant la période d'étude, le diagnostic de candidose invasive a été retenu chez 40 patients (âge médian : 65ans, IQR : 53,5-72, 55% de sexe masculin, SAPS III médian : 63, IQR : 58-70,5). Le diabète était présent dans 65% des cas. Le motif principal d'admission était une insuffisance respiratoire aigue chez 30 patients (75%), 80% des patients ont été intubés ventilés durant leur séjour en réanimation. Le choc septique et le SDRA ont été observés chez 62,5% et 42,5% des cas, respectivement. Les espèces de Candida ont été isolées principalement au niveau du site oropharyngé (52%), urinaire (45%) et rectal (32%), les hémocultures étaient positives à Candida chez 3 patients (7,5%). Les espèces les plus fréquemment isolées étaient Candida albicans, chez 23/40 patients (57,5%), [une co-infection avec d'autres espèces Candida dans 5/40 (12,5%)] ; C. Tropicalis chez 12/40 des patients (30%); C. Glabrata chez 7/40 (17,5%) et d'autres espèces dans 10%. L'antifongogramme a été réalisé chez 21/40 patients (52,5%). La sensibilité au fluconazole et au voriconazole était observée chez 17/21 des espèces (81%) et 19/21 (90,5%), respectivement. Le fluconazole était le traitement antifongique de première intention dans 97,5% des cas. La mortalité globale était de 55% pour une mortalité médiane prédite par le score SAPS III de 41,9% (IQR 31,5 à 58%).

**Conclusion :** Les candidoses invasives sont dues principalement à C. Albicans. Elles sont associées à une mortalité élevée, malgré la sensibilité apparente au fluconazole, le traitement antifongique empirique le plus utilisé dans cette cohorte.

#### Références:

- 1- Kett D, Azoulay E, Echeverria P et al. Candida bloodstream infections in intensive care units: analysis of the extended prevalence of infection in intensive care unit study. CritCare Med 2011; 39: 665-70.
- 2- Vincent JL, Rello J, Marshall J et al. International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. JAMA 2009; 302: 2323-9.

## P129. PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MECANIQUE A ENTE-ROBACTERIES : ETUDE MICROBIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE

AUTEURS : F ESSAFI\* (1), T MERHABENE (1), A JAMOSSI (1), G GHARSALLI (1), A GHARIANI (2), L SLIM (2), J BEN KHELIL (1), M BESBES (1).

<sup>1</sup>-Service de réanimation médicale - Hôpital A Mami - Ariana.

<sup>2</sup>-Laboratoire de microbiologie - Hôpital A Mami. Ariana.

**Introduction :** En réanimation, les pneumopathies acquises sous ventilation mécaniques (PAVM) représentent les infections nosocomiales les plus fréquentes. Les germes le plus souvent incriminés sont les bactéries à gram négatif [1]. Le but de notre travail était d'étudier les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives des PAVM secondaires à des entérobactéries.

**Méthodes :** il s'agissait d'une étude rétrospective avec une revue systématique de tous les dossiers de patients admis en réanimation entre septembre 2013 et Aout 2014 et ayant développé une PAVM. Ce diagnostic a été retenu sur l'association de critères cliniques, microbiologiques et radiographiques. Ont été relevés les données démographiques, cliniques, les scores APACHE II et SOFA, les données microbiologiques, thérapeutiques et évolutives.

**Résultats :** Durant la période de l'étude 78 patients avaient développé une PAVM, 50% étaient secondaires à des entérobactéries soit une incidence totale de 9%. La médiane d'âge était de 64ans [25-87] avec un sex-ratio à 2,25. Les médianes des scores APACH II et SOFA étaient respectivement de 38 et 5. Le motif principal d'admission était la détresse respiratoire dans 74,4%. Des comorbidités étaient présentes chez 77% des malades. La médiane du délai de survenu de la PAVM était de 11 jours [2-54] par rapport à l'admission et de 10j par rapport à l'intubation. Une antibiothérapie antérieure était prescrite chez 35 patients (89,7%). La PAVM était tardive (après 5 jours) dans 89,7%. Le prélèvement était polymicrobien dans 64% des cas; les microorganismes identifiés étaient dominés par la Klebsiella pneumoniae dans 40,9%. Vingt (20) souches dont la moitié une Klebsiella pneumoniae, étaient sécrétrices de  $\beta$ lactamase à spectre étendu. Six souches étaient sécrétrices de carbapénémases (toutes des Klebsiella pneumoniae). En dehors des résistances naturelles, toutes les souches étaient sensibles à la colymicine ; 19 (40%) étaient résistantes aux quinolones. Les résistantes aux aminosides étaient essentiellement à la gentamicine (42,9%). L'antibiothérapie empirique était dans tous les cas une association imipenème et colistine. Elle était révisée secondairement en fonction de l'antibiogramme. La médiane de la durée de l'antibiothérapie était de 10j. L'infection s'est compliquée d'un choc septique dans 38,5%, une insuffisance rénale aiguë dans 10,3% et un SDRA dans 7,7%. La médiane de la durée de séjour en réanimation était de 28 jours avec des extrêmes de 8 à 93 jours. Le taux de mortalité était de 71,8% (28 patients). Aucun facteur de surmortalité n'a été retrouvé en analyse univariée.

**Conclusion :** Au cours des infections nosocomiales, l'émergence des souches résistantes constitue un risque limitant les options thérapeutiques. Une stratégie préventive, rigoureuse et multidisciplinaire doit être mise en place basée essentiellement sur une rationalisation de l'usage des antibiotiques.

#### Références :

- 1 : 5e Conférence de consensus : Prévention des infections nosocomiales en réanimation ; Réanimation (2010) 19, 4—14.



## **P130. INCIDENCE ET PRONOSTIC DE L'INSUFFISANCE RENALE SECONDAIRE A LA PRESCRIPTION DE COLISTINE EN REANIMATION**

AUTEURS : T KHZOURI\*, T MERHABENE, A JAMOSSI, J BEN KHELIL, M BESBES.

*Service de réanimation médicale - Hôpital A Mami - Ariana.*

**Introduction :** Devant l'émergence de nouvelles souches de bactéries multirésistantes, nous assistons de nos jours à une augmentation de la prescription aussi bien en nombre qu'en posologie de la colistine en milieu de réanimation. Cependant, cet antibiotique est caractérisé par une toxicité notamment rénale. L'objectif de notre travail était d'étudier l'incidence et le pronostic de l'insuffisance rénale aiguë (IRA) secondaire à la prescription de colistine.

**Méthode :** Il s'agissait d'une étude rétrospective observationnelle consistant en une revue systématique de tous les dossiers de patients admis en réanimation entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 septembre 2015 et ayant reçu un traitement intraveineux par la colistine pendant au moins 48h. La dose prescrite était de 9 MUI en dose de charge suivie par une dose d'entretien adaptée à la clairance rénale. 2 groupes ont été définis: groupe 1 avec IRA (IRA+) et groupe 2 sans IRA (IRA-).

**Résultat :** L'étude a inclus 54 malades, 31 dans le groupe IRA+ et 23 dans le groupe IRA-. Il y avait une prédominance masculine dans les 2 groupes (sex-ratio 1,2 vs 2,2). Les patients du groupe IRA+ étaient plus âgés (65 vs 60ans), avaient plus de comorbidités et avaient des scores de gravité plus élevés [les moyennes des scores IGS II et APACH II étaient respectivement (49 vs 35) et (28 VS 22)]. Une insuffisance rénale préexistante était observée plus fréquemment dans le groupe IRA+ (54% vs 26%) avec une clairance moyenne à 63 ml/min dans ce groupe. La colistine était indiquée pour le traitement d'une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique chez 48 patients (88%) et pour le traitement d'une infection à bacilles gram négatifs non fermentaires dans 27 cas (50%). Au début du traitement par la colistine, l'incidence de choc septique dans les 2 groupes était comparable (38% vs 34%). Le délai moyen de survenue de l'insuffisance rénale dans le groupe IRA+ était de 45 heures [6-96]. La moyenne de la clairance de la créatinine était à 31 ml/mn [10-60]. Le recours à une épuration extrarénale était nécessaire chez 13 patients du groupe IRA+. Le taux de mortalité global observé était de 24% ; ce taux était significativement plus élevé dans le groupe IRA+ (58% vs 26%).

**Conclusion :** Les insuffisances rénales aiguës secondaires à la colistine sont fréquentes en réanimation. L'âge avancé, l'insuffisance rénale préexistante et la gravité du tableau initial semblent être des facteurs de mauvais pronostic.

## **P131. OUTCOME AND EARLY PROGNOSTIC FACTORS IN NEUTROPENIC PATIENTS ADMITTED TO THE INTENSIVE CARE UNIT**

AUTEURS : BECEM. TRABELSI \* ; ZIED. HAJJEJ ; WALID. SAMMOUD ; HEDI. GHARSALLAH ; MUSTAPHA. FERJANI

*Department of critical care medicine and anesthesiology, Military Hospital of Tunis,*

**Introduction:** Admission to the intensive care unit (ICU) carries a very high risk of mortality for neutropenic patients (1). That's why early prognostic indicators should be identified to discriminate patients who are more or less likely to benefit from advanced ICU support. The aim of our study was to identify outcome and early prognostic factors in critically ill neutropenic patients

**Patients and Methods:** It was a retrospective review of the medical records of 42 neutropenic patients admitted to a medical surgical intensive care unit (ICU) over an 8-year period. Neutropenia was defined as an absolute neutrophil count of less than  $1.5 \times 10^9 / l$ .

**Results:** Of the 42 patients included in the study, 22 (52%) were men and 20 (48%) women. The mean age was  $51 \pm 19$  years. Medical histories consisted of hematologic malignancy (n=18), solid tumors (n=9), chronic disease under immunosuppressive therapy (n=9) and toxic bone marrow aplasia (n=6). Almost half of patients with hematologic malignancies was in remission. Reasons for ICU admission were septic shock (n=27), severe sepsis (n=5), severe acute pancreatitis (n=3), metabolic disorders (n=2), hemorrhagic shock (n=2), status epilepticus (n=2) and high risk pulmonary embolism (n=1). APACHE II, SAPS II and SOFA scores at admission were  $21 \pm 6.4$ ,  $38 \pm 16$  and  $9 \pm 4.6$  respectively. Mortality in our ICU was 67% (28 deaths). At admission, only three variables were independently associated with outcome: pancytopenia (p=0.03), high SOFA score (p=0.04) and lactates  $\geq 3$  mmol.L-1 (p=0.01). These factors were associated with an increased risk of death.

**Conclusion:** In our study we identified three independent early predictors of outcome that may be of value in deciding in which neutropenic patients, when admitted to ICU, advanced life support must be questioned.

### **References :**

1- Clinical Infectious Diseases 2003; 36:149-58

## **P132. NON OPERATIVE MANAGEMENT OF SPONTANEOUS SPLENIC RUPTURE IN MALARIA: A CASE REPORT.**

AUTEURS : MHAMDI.S, SFEYHI.AN\*, KHALED.M, CHEBBI.N, KAHOUL.M, NAIJA.W

*Service d'anesthésie réanimation. CHU Sahloul*

**Introduction:** Malaria continues to be a major health problem in many parts of the world especially in the endemic countries. Though, because of the international travelling, any physician should know this disease and its complications such as splenic rupture which is rare but life threatening. Until this day, there is no guidelines dealing with the management of this complication, that's why reporting clinical cases still interesting.

**Case presentation:** We report the case of an expatriate Tunisian man who had been working in Togo and who had consulted in Tunisia for an acute abdominal pain. Explorations concluded to a splenic rupture complication malaria. Our attitude was conservative based on monitoring and transfusion.

The evolution was favorable marked by the regression of the splenic hematoma 3 months after hospital discharge.

**Conclusion:** This case report emphasizes the necessity of evocating paludism in expatriated patients even in non endemic areas and the possibility of conducting a conservative attitude.

## **P133. LE SYNDROME DE LEMIERRE : AFFECTION RARE EN PARTIE OUBLIEE**

AUTEURS : J GUISSOUMA, H GHADHOUNE, H BRAHMI, W AZAZA\*, A BEN SLIMENE, E RACHDI, M SAMET, H EL GHORD

*Service de réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa Bizerte*

**Introduction :** le syndrome de Lemierre (SL) fut décrit pour la première fois en 1900 puis repris en 1936 par le microbiologiste André Lemierre. C'est une septicémie consécutive à des infections oropharyngées, associée à une thrombophlébite de la veine jugulaire interne et à une dissémination d'embolies septiques particulièrement dans les poumons. Nous rapportons le cas d'un SL associé à des localisations septiques au niveau du foie.

**Observation :** Mr B M âgé de 55 ans hypertendu a présenté un mois avant son admission une angine non traitée. Trois semaines après cette symptomatologie il a consulté pour une fièvre, diarrhée et vomissements sans retentissement neurologique ni hémodynamique. La biologie a révélé une insuffisance rénale (urée= 3g/l ; créatinine =892µmol/l), une acidose métabolique compensée sans hypoxémie (pH=7,41 ; Pco2=10 ; HCO<sub>3</sub>=6 ; PO<sub>2</sub>=108), un SIB (GB=17700 ; CRP= 92), une anémie à 8,7 g/dl, une amylosémie à 3 fois la normale et un bilan hépatique normal. La RX thorax ainsi que l'ECG était normaux. Une Séance d'hémodialyse a été indiquée, au cours de laquelle le patient a présenté une détresse respiratoire avec des crises convulsives généralisées. Il a été alors ventilé mécaniquement et une TDM cérébrale et thoraco abdominale a été pratiquée montrant un abcès du foie. Le drainage de cet abcès guidé par la TDM a ramené un liquide purulent. Malgré une triple antibiothérapie (C3G,FQ et mitronidazole), l'évolution a été marquée par l'aggravation avec état de choc septique et SDRA. Les prélèvements bactériologiques initiaux (PTP, pus issu du drainage hépatique et hémocultures) étaient négatifs. Une échographie abdominale de contrôle à j9 a montré la persistance de l'abcès partiellement évacué et devenant multi-lobulé et une deuxième collection sous capsulaire du segment IV de 45 mm de grand axe. Celle-ci a été aussi drainée. Par ailleurs un doppler des axes veineux a révélé une thrombose jugulaire interne droite. Vue la gravité du patient un élargissement de l'antibiothérapie a été préconisé à J10 visant les BMR et le SARM avec une stabilisation transitoire de l'état hémodynamique et des marqueurs de l'inflammation. Une TDM de contrôle à J15 a montré la diffusion de l'abcès à tout le foie gauche avec un épanchement péritonéal et une collection péri-splénique. Un geste chirurgical a été récusé par les chirurgiens. Une hémoculture est parvenue positive à SARM à j 16 ainsi qu'un index de colonisation positif à candida albicans motivant l'adjonction d'un antifongique. L'évolution ultérieure s'est faite vers un syndrome de défaillance multiviscérale avec décès du patient à j 30.

**Discussion :** Le SL est causé par un germe anaérobie Gram négatif : Fusobacterium necrophorum dont la culture est difficile. Le diagnostic est fait souvent tardivement au stade de septicémie et de localisations secondaires dont les manifestations respiratoires (80% des cas) sont les plus fréquentes. Le pronostic, réservé auparavant, est amélioré par un traitement précoce des infections oropharyngées.

**Conclusion :** Un diagnostic clinique et radiologique rapide avec initiation précoce d'une antibiothérapie adéquate empêchent la progression systémique et améliorent le pronostic au cours du SL.

## **P134. ASPERGILLOSE PULMONAIRE INVASIVE SUR UN TERRAIN D'APLASIE MEDULLAIRE SECONDAIRE A LA PRISE DE SALAZOPYRINE : A PROPOS D'UN CAS.**

AUTEURS : KHEDHER A, AYACHI J, AZOUZI A, HAMDAOUI Y, MEDDEB K, BOUNEB R, NOUIRA H, ANOUN M, BOUSSARSAR M

*Service de réanimation médicale. Hôpital Universitaire Farhat Hached. Sousse, Tunisie*

**Introduction :** Les pneumopathies aiguës infectieuses chez les immunodéprimés en dehors du SIDA sont de diagnostic difficile et de pronostic sévère. L'aplasie médullaire acquise souvent d'origine médicamenteuse est plus classique pour certains produits que d'autres.

**Rapport de cas :** Patient âgé de 48ans qui développe après 4 mois de traitement d'une rectocolite hémorragique par salazopyrine, une aplasie médullaire médicamenteuse qui se complique d'un syndrome infectieux à point de départ pulmonaire. Après errance diagnostique d'une semaine amenant à l'aggravation progressive du tableau. Le diagnostic est redressé vers une aspergillose pulmonaire invasive documentée par des images tomographiques typiques et une antigénémie aspergillaire positive. L'évolution amène au décès malgré l'instauration dès le deuxième jour du séjour en réanimation de l'amphotéricine B relayé après deux jours par le voriconazole.

**Commentaire :** Cette observation illustre l'intérêt de préciser le statut immunitaire de tout patient se présentant pour pneumopathie communautaire sévère et du monitoring de la numération sanguine pour les malades sous des molécules potentiellement aplasiantes telle que la salazopyrine.

## THEME : COMPLICATIONS IATROGENES

### **P135. SIMULTANEOUS SERIOUS COMPLICATIONS FOLLOWING L-ASPARAGINASE /DEXAMETHASONE THERAPY IN ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA : A CASE REPORT**

AUTEURS : KHEDHER A, AZOUZI A, AYACHI J, MEDDEB K, HAMDAROUY Y, NOUIRA H, ANOUN M, BOUNEB R, BOUSSARSAR M  
*Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital. Sousse, Tunisia*

**Background:** L-asparaginase represents the key anti leukemic agent in acute lymphoblastic leukemia. However, it is well known to induce several toxicity effects, the most common are hypersensitivity reactions, liver and pancreas dysfunction. Although these side effects are widely described in the literature and generally reported as having a favorable course. The simultaneous occurrence of several life threatening complications has never been reported.

**Case presentation:** We report a case of 18-year-old female patient who developed acute pancreatitis, new onset severe diabetic ketoacidosis, intravascular disseminated coagulation and myelosuppression following L-asparaginase containing regimen in remission induction phase of acute lymphoblastic leukemia. She was stabilized by intravenous fluid resuscitation with saline, insulin infusion and norepinephrine. On subsequent days hemodynamic status improved, abdominal pain and confusion resolved. Lipase, blood count, coagulopathy returned rapidly to normal ranges. Enteral feeding was reintroduced at day 6. The patient was discharged from ICU on day 8.

### **P136. NOS STETHOSCOPIES SONT-ILS CONTAMINES ?**

AUTEURS : SELLAMI Z\*, JEDIDI F, FARHAT M, SOUISSI H, JAOUA H, BEN FADHEL K  
*Hôpital Habib Thameur*

**Introduction:** Les infections associées aux soins constituent un réel problème de santé publique qui génère un coût économique et humain considérable. Ces infections sont fréquemment causées par des organismes résidants dans l'environnement de santé, y compris l'équipement médical contaminé comme les stéthoscopes. Utilisés de façon répétée au cours d'une journée et entrant en contact avec la peau des patients, les stéthoscopes ont fait l'objet de plusieurs études récentes qui ont démontré qu'ils constituent bien un réservoir de germes. Il est cependant fréquemment rapporté que, faute d'information et de sensibilisation, la désinfection des stéthoscopes n'est souvent pas assurée. Dans cette perspective, nous avons procédé à l'hôpital Habib Thameur à l'identification de la situation épidémiologique de la contamination des stéthoscopes auprès des médecins. Ceci constituera pour nous un premier pas pour une prise de conscience de ces infections, étape essentielle vers une prévention efficace.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective monocentrique sur une période de 2 mois allant du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 juin 2014 incluant 39 stéthoscopes personnels de médecins (internes, résidents et médecins) exerçant dans 8 services différents à l'hôpital Habib Thameur répartis comme suit : (Anesthésie réanimation 13 ; Cardiologie 9 ; Médecine interne 3 ; chirurgie pédiatrique 1 ; Chirurgie générale 6 ; gastrologie 3 ; Réanimation médicale 3 ; urgences 1). Les stéthoscopes sont pris au hasard. Après accord du médecin, des prélèvements par écouvillonnage sont faits sur les membranes des stéthoscopes et acheminés rapidement au service de bactériologie de l'hôpital Habib Thameur. Les prélèvements sont ensuite mis en culture sur milieu de Gélose au sang. La lecture se fait au bout de 24 heures. Sont considérées positives les cultures qui contiennent plus de 10<sup>4</sup> unités. Ensuite, si le prélèvement est positif, on procède à l'identification du germe.

**Résultats :** 15 prélèvements sur 39 sont revenus positifs soit un pourcentage de 38,40%. Le Staphylocoque coagulase négative est le germe prédominant car retrouvé dans 73% des prélèvements positifs. Dans 13% des cas c'est un bacillus. Des germes pathogènes ont été retrouvés dans 3 prélèvements positifs soit 20% (7% des prélèvements totaux) répartis comme suit : 2 staphylocoques Aureus Méricilline sensible et 1 pseudomonas. Sur les 7 stéthoscopes positifs en cardiologie, 5 contiennent des SCN dont 2 méricilline résistants et 2 autres sont positifs à staphylocoque aureus. Aucun staphylocoque aureus méricilline résistant ni clostridium difficile n'ont été retrouvés.

**Conclusion :** Au vu des résultats de notre étude, les stéthoscopes constituent des réservoirs bactériens. La mise en place d'une procédure sur les bonnes pratiques de désinfection est nécessaire.

## **P137. LES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES DANS UNE UNITÉ DE RÉANIMATION CHIRURGICALE : 04 MOIS D'ANALYSE**

AUTEURS : SASSI.K, ZAOUALI.T\*, CHAKROUN.S, BEN MANSOUR.M, GAFSI.B, HEMDANE.M, TOUMI.S, STAMBOULI.L, GAHBICHE.M

*Service d'anesthésie-réanimation CHU Fattouma Bourguiba*

**Introduction:** Les événements indésirables(EI) évitables liés aux soins constituent actuellement un problème de santé sérieux. Les services de réanimation sont particulièrement confrontés aux complications iatrogènes du fait de la fragilité des patients ainsi que la multiplicité et de l'invasivité des traitements et gestes mis en œuvre. Objectif: Déterminer l'incidence, les facteurs de risque associés aux événements indésirables liés aux soins, ainsi que leur impact en milieu de réanimation chirurgicale.

**Matériels et méthodes:** Il s'agit d'une étude prospective descriptive afin de dépister les événement indésirables, intéressant tous les patients qui ont été hospitalisés dans le service de réanimation anesthésie du CHU Fattouma Bourguiba Monastir durant 4 mois du premier juillet au 30 novembre 2014. L'étude a été effectuée à l'aide d'une fiche de recueil de donné pré-testée remplie, par des médecins préalablement formés à la méthodologie de recueil. On a opté pour la définition proposée par La Haute Autorité de santé (HAS en août 2006) spécifique pour les Evènements indésirables(EI), différente de celle de l'iatrogénèse. Selon la HAS, les EI sont « l'ensemble des situations s'écartant des procédures ou des résultats escomptés dans une situation habituelle et qui sont potentiellement source de dommage »

**Résultat:** Durant la période de l'étude, 158 patients ont été hospitalisés dont 108 ont séjourné plus que 24 heures (odds ratio 3.34). On a noté la survenue de 173 EI qui sont répartis telle que : 44% d'ordre thérapeutique, 39% d'ordre infectieux, 10% d'ordre technique, 24% d'ordre de nursing. EI d'ordre thérapeutique et technique : Médicament prescrit à faible dose : 3.6%. Médicament prescrit à dose supra thérapeutique : 3%. EI d'ordre infectieux : Pneumopathie Acquisée sous Ventilation Mécanique : 8.4%. Ballonnet de la sonde intubation dégonflée : 16.8%. Veinite : 4.8%. EI en rapport avec le nursing : Position du malade inadéquate : 22.8%. Escarre : 4.2%. Ablation cathéter veineux central: 4.2%. Autres : Ballonnet de la sonde d'intubation hyper gonflée : 2.4%. Débranchement du respirateur : 1.2%. On a noté la prédominance de survenue des EI chez les patients de sexe masculin (83%). 46% des EI sont survenues entre 7h du matin et 14 heures. Il y a eu un retard de prise en charge de ces EI de plus que 12 h dans 63% des cas. 14 patients sont décédés. 52 EI ont augmenté la durée d'hospitalisation d'une durée allant de 02 jours à 10jours avec une moyenne de 4.7 jours. Dans 48.6% des EI, les conséquences étaient inconnues.

**Conclusion:** Depuis la détection et leurs analyses systématiques, les événements indésirables liés aux soins sont devenues un sujet d'étude important en matière d'amélioration continue de la qualité des soins et de gestion des risques à l'hôpital. Ces résultats constituent une sonnette d'alarme qui nous pousse à mettre en œuvre un programme de prévention des ces événements

## **P138. TOXIDERMIE A L'ALLOPURINOL COMPLIQUEE D'UNE ATTEINTE HEMATOLOGIQUE : A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : SMA N\*, EL GHORD H, BRAHMI H, RACHDI E, SAMET M, GHADOUNE H, GUISSOUMA J

*Service de Réanimation Médicale. Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte*

**Introduction :** L'allopurinol est connu comme étant la première cause de toxidermies bulleuses graves et l'un des plus pourvoyeurs de syndromes d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS- drug rash with eosinophilia and systemic symptoms). Nous rapportons un cas de toxidermie induite par l'allopurinol.

**Observation :** Une femme de 63ans, porteuse d'une goutte sous allopurinol PURINOL\* 300mg 1cp/jr débutée 20jours avant sa consultation, était hospitalisée pour un exanthème généralisé aigu dans un contexte fébrile. L'état hémodynamique à l'admission était instable: tachycardie, marbrures, TA:80/50.

L'examen cutané trouvait une éruption érythémato-vésiculeuse sans lésions bulleuses généralisée à tout le corps associée à des lésions de grattage et un œdème de la face. La biologie montrait une pancytopenie. La toxidermie à l'allopurinol était suspectée. Le diagnostic était appuyé par les critères d'imputabilité français. La patiente était traitée par des corticoïdes avec un traitement symptomatique à base de remplissage vasculaire et d'antihistaminiques. La fièvre a été rattachée à la toxidermie après négativité de l'enquête infectieuse. L'évolution était favorable avec rétablissement de l'état hémodynamique et régression progressive de l'exanthème et de l'œdème facial et de la fièvre.

**Conclusion :** La toxidermie à l'allopurinol avec atteinte hématologique a fait l'objet de rares publications en Tunisie. Au vu notamment d'une mortalité élevée, il est crucial de la reconnaître.



## **P139. CARCINOSE PERITONEALE REVELEE PAR UN SURDOSAGE EN ANTI-VITAMINE K**

AUTEURS : FREDJ H\*, SEDGHIANI I, EL HECHMI YZ, CHERIF M, JERBI Z

Département Urgence-Réanimation. Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

**Introduction :** les anti-vitamines k ont plusieurs indications dominées par les arythmies par fibrillation auriculaire. Un surdosage en anti-vitamine k constitue une circonstance de découverte rare pour le diagnostic d'une tumeur péritonéale.

**Observation :** Une patiente âgée de 75ans, aux antécédents de rétrécissement mitral compliqué d'acfa sous anti-vitamine k, accident vasculaire cérébrale ischémique sans séquelles et d'ischémie oblitérante du membre inférieur gauche. Elle présente des douleurs abdominales diffuses avec ballonnement persistants non améliorés par un traitement symptomatique. Elle se présente aux urgences pour aggravation des douleurs avec apparition de rectorragies, métrorragies associés à une gingivorragie. L'examen trouve une sensibilité épigastrique, tympanisme abdominal, sang au toucher rectal et vaginal. Le bilan biologique note une insuffisance rénale, une anémie hypochrome microcytaire avec surdosage en anti-vitamine k inr inférieur à 10 et un tp supérieur à 15. Une colonoscopie a été réalisée montrant des hémorroïdes internes hémorragiques, diverticulose sigmoïdienne et colique non compliquée. L'échographie abdominale a révélé une masse tissulaire hétérogène pelvienne de 96\*87mm associée à une ascite libre de moyenne abondance avec aspect figé du colon gauche compatible avec une carcinose péritonéale. Une tdm abdominopelvienne a confirmé la carcinose péritonéale. La patiente a été alors adressée au service de carcinologie pour complément de prise en charge après équilibrage de ses doses d'AVK

**Conclusion:** Toute hémorragie par surdosage en avk doit faire penser à une lésion organique sous jacente, à rechercher systématiquement pour pouvoir agir à temps.

## **P140. TRAITEMENT CHIRURGICAL DES LACERATIONS LABIALE INFERIEURES APRES INTUBATION OROTRACHEALE PROLONGEE: INDICATION ET TIMING**

AUTEURS : HAMILA J. \*(1), BEN SIK ALI H. (2), BOUZAIENE M.

<sup>1</sup>-Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale et esthétique de la face CHU de Mahdia

<sup>2</sup>-Service de réanimation médicale CHU de Mahdia

**Introduction :** L'insuffisance respiratoire aiguë est l'un des motifs les plus fréquents d'admission dans les services de réanimation médicale. Le recours à l'intubation oro-trachéale s'avère souvent nécessaire pour palier à la défaillance respiratoire. Si la durée de cette dernière se prolonge, la sonde d'intubation, pourrait causer plusieurs complications. Nous nous intéressons dans ce travail aux lacérations labiales inférieures, dues à une intubation prolongée, puisqu'elles pourraient avoir un important préjudice esthétique et surtout fonctionnel pour les patients.

**Matériel et méthodes :** Nous rapportons les observations de deux jeunes patients (25 et 38ans) qui ont été hospitalisés dans des services de réanimation médicale pour des défaillances respiratoires. Le premier était admis pour une staphylococcie avec localisation pulmonaire et le deuxième pour un asthme aigu grave. L'intubation oro-trachéale était prolongée chez les deux patients (21 et 24 jours). Elle s'est compliquée d'une lacération de la commissure labiale gauche chez le premier patient et une lacération des deux commissures chez le deuxième causant ainsi une défaillance de la continence labiale et un préjudice esthétique. L'équipe de chirurgie maxillo-faciale avait été sollicitée dès l'amélioration de l'état respiratoire des patients et leur sevrage de la ventilation mécanique invasive. Une réparation chirurgicale au bloc opératoire avait été indiquée afin de restaurer l'anatomie labiale, une restitution dite « ad integrum ». Les résultats étaient jugés satisfaisants par nos patients.

**Conclusion :** Le traitement des lacérations labiales secondaires à une intubation oro-trachéale prolongée est important car elles peuvent entraîner la perte de la continence labiale. Les médecins réanimateurs doivent veiller à prévenir ce type de complications (utilisation d'attaches adaptées, réalisation d'une trachéotomie lorsque la durée de la ventilation mécanique invasive s'avère prolongée). Les chirurgiens maxillo-faciaux doivent être sollicités précocement dès l'extubation des patients afin d'assurer la meilleure réparation possible avant la constitution d'un bloc de fibrose rendant celle-ci très difficile.

## **P141. STEVENS JOHNSON COMPLIQUANT UN TRAITEMENT AU LONG COURS PAR LA CARBAMAZEPINE : A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : ESSAFI F\*, FOU DHAILI N, BLEL Y, M RAD A, BRAHMI N, AMAMOU M

Service de réanimation polyvalente et de toxicologie, Centre d'assistance médicale urgente

**Introduction :** Le Syndrome de Stevens- Johnson (SJS) est une forme grave de réaction médicamenteuse affectant la peau. Il survient généralement à l'introduction d'un traitement ; sa survenue chez les patients traités au long cours n'a pas été rapportée. Nous rapportons le cas d'un SJS compliquant la prise au long cours de la carbamazépine.

**Cas clinique :** c'est un homme âgé de 70ans suivi depuis 3ans pour neuropathie périphérique sous carbamazépine (CBZ) qui se présente aux urgences pour des lésions cutanées et fièvre évoluant depuis 5 jours. A l'examen : il était asthénique, tachycarde à 120 bpm avec des extrémités froides. La pression artérielle était à 70/40 mmHg puis 90/50 mmHg après un remplissage vasculaire de 1000 ml de sérum physiologique. Il présentait une fièvre à 38,4°C, des lésions cutanées polymorphes faites de rash maculopapuleux avec des lésions en pseudo cocarde au niveau des membres, du thorax et du dos. 24 h après apparition de lésions vésiculo-bulleuses au niveau des deux avant bras. A la biologie il avait une fonction rénale normale (créatinine=56 µmol/l), ainsi que la fonction hépatique : ASAT=18UI/l, ALAT= 19UI/l, TP =63%. Un syndrome inflammatoire biologique à été noté avec une hyperleucocytose à 11300 e/mm<sup>3</sup> avec des éosinophiles à 1000 e/mm<sup>3</sup>, une CRP à 78,9mg/l mais une procalcitonine normale à 0,27ng/ml. Devant ces lésions cutanées le diagnostic d'une toxidermie de type SJS à été retenue. L'enquête étiologique était négative. La reprise de l'interrogatoire du malade révèle un arrêt et une réintroduction récente de la CBZ. L'implication de la CBZ a été retenue. L'évolution était favorable après arrêt de la CBZ et traitement local.

**Conclusion :** La CBZ est couramment impliquée dans les réactions de toxidermie il faut l'évoquer chaque fois qu'il ya des lésions cutanée pour éviter l'évolution vers les syndromes de Stevens Johnson et Lyell.

## **P142. IMPACT DU CHECK LIST DANS LA SURVENUE DE COMPLICATIONS INFECTIEUSES D'UN CATHÉTER VEINEUX CENTRAL (CVC) OU AUTRE DISPOSITIF VASCULAIRE (DV) DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION MÉDICALE : COMPARAISON ENTRE DEUX PÉRIODES**

AUTEURS : GHARBI R, MATEUR H, LAHMAR M, BEN SIK ALI H, TALIK I, TOUIL Y, FEKIH HASSEN M, ELATROUS S.

Service de Réanimation Médicale, CHU Taher Sfar Mahdia.

**Introduction :** la pose d'un cathéter veineux est une procédure invasive de pratique courante en milieu de soins intensifs. Elle peut être à l'origine de complications iatrogènes pouvant être nuisibles à la sécurité des patients notamment les infections hémato- vasculaires. But de l'étude : évaluer l'apport du « check List »(CL) sur la survenue d'infections liées au cathétérisme vasculaire (veineux central et artériel).

**Matériels et Méthodes :** C'est une étude prospective type Avant /Après réalisée au service de réanimation médicale de Mahdia durant deux périodes. La Période 1 (P1) : étalée entre novembre 2012 et septembre 2013 et période était une période observationnelle. La période 2 (P2) : allant d'octobre 2013- jusqu'à Aout 2015 était une période interventionnelle. On a procédé à une évaluation quantitative du taux d'utilisation, d'adhérence aux différents items du CL (patient informé, évaluation de risque, désinfection appropriée, asepsie chirurgicale, le site de ponction), la durée du cathétérisme, l'incidence et la densité d'incidence d'infections liées au cathéter durant les deux différentes périodes.

**Résultats :** Quatre cent trente six cathéters ont été posés, le check list était présent dans 402 dossiers des patients, avec un taux de remplissage de 84% durant la première période et de 100% durant la seconde. Le respect de remplissage du CL était comme suit : identité du patient, le monitoring adéquat et l'évaluation du risque et la prescription du suivi étaient identiques (100% pendant les deux périodes). Par ailleurs, le respect d'une asepsie chirurgicale était de 100% pendant la deuxième période versus 89% pendant la première période (p :0.01) et une fréquence d'asepsie cutanée appropriée qui passe de 79% en P1 à 100% en P2 avec une différence statistiquement significative p :<10<sup>-3</sup>. Le nombre de cathétérisme respectivement veineux central et artériel était comparable durant les deux périodes. Le résultat de l'analyse univariée est représenté dans le tableau suivant :

	P1 (N : 224)	P2 (212)	P
adhérence au CL n(%)	188(84)	212(100)	10 <sup>3</sup>
Préparation cutanée appropriée n(%)	186(82)	212(100)	10 <sup>3</sup>
Asepsie chirurgicale n(%)	217(97)	212(100)	NS
Nombre de cathéter veineux central n(%)	142(63)	127(60)	NS
Nombre de cathéter artériel n(%)	82(37)	85(40)	NS
Durée de cathétérisme (j)	6 ± 3	5 ± 2	10 <sup>3</sup>
Taux d'incidence d'ILC	24(6)	10(2.4)	10 <sup>3</sup>

**Conclusion :** l'application d'un check List lors de la pose et du maintien d'un dispositif veineux et/ou artériel contribue à diminuer l'incidence des infections nosocomiales liées au cathétérisme en milieu de réanimation médicale.

## **P143. COMPLICATIONS HEMORRAGIQUES LIEES AUX ANTICOAGULANTS ORAUX: ASPECTS CLINIQUES ET FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC**

AUTEURS : SEDGHIANI I, FREDJ H \*, MEZGHANI M, ELHECHMI YZ, CHERIF MA, JERBI Z

*Département Urgence-réanimation hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie*

**Introduction:** médicaments largement utilisés, les anti vitamines k (avk) ont une efficacité prouvée dans la prévention des accidents thromboemboliques. Leur bénéfice exige une adhésion des prescripteurs à des recommandations de prescriptions et de suivi biologique. En dehors de ces précautions, ce traitement peut se compliquer d'événements hémorragiques qui peuvent être mortels.

**Patients et méthodes:** étude rétrospective incluant tous les patients hospitalisés pour accidents hémorragiques liés aux avk entre janvier 2013 et juin 2015. les objectifs de notre étude est de décrire les caractéristiques des patients traités par avk ayant présenté un événement hémorragique, d'étudier l'événement hémorragique ainsi que sa prise en charge et de rechercher les facteurs pronostiques.

**Résultats:** Nous avons colligé 58 patients dont 24 hommes et 34 femmes. Ils étaient âgés de  $69 \pm 11$  ans. Quarante et un patients ont survécu et 17 patients sont décédés. Tous les patients étaient sous sintrom depuis  $65 \pm 61$  mois. Les avk étaient pris pour la prévention des accidents emboliques dus à l'acfa dans 41 (70%) cas, pour un remplacement valvulaire dans 13 (22%) cas et pour une maladie thromboembolique veineuse dans 4 (7%) cas. Une analyse univariée des variables cliniques et biologiques des survivants versus les décédés a été réalisée.

**Conclusion:** Les résultats de cette étude montre qu'un score igsii  $\geq 37$ , que les hémorragies digestives et intracrâniennes et des taux élevés de l'alat sont des facteurs pronostiques de mortalité des accidents hémorragiques liés aux AVK.

## THEME : SEDATION et PROCEDURES

**P144. INTERET DE L'ANALGESIE PRECOCE AU TRIAGE AU SERVICE DES URGENCES**

AUTEURS : KAABIA B\*, ADALA D, KHALDI M, BECHA I, LAZREG A, METHAMEM MEHDI

*Service des urgences hôpital universitaire farhat hached sousse*

**Introduction et problématique :** La douleur est un motif fréquent de consultation au service des urgences. Bien que le traitement des douleurs aiguës ait reçu davantage d'attention au cours de la dernière décennie, le traitement insuffisant de la douleur est bien trop courant. Les objectifs: Ce travail entre dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de la douleur aux urgences et a pour objectifs : montrer l'intérêt d'une prise en charge précoce de la douleur aux urgences et étudier la concordance diagnostique (conformité entre diagnostic évoqué et diagnostic retenu).

**Matériel et méthodes:** Notre étude est prospective observationnelle, portée sur une population de 500 consultants souffrant d'une douleur aiguë (avec une EVA inférieure ou égale à 6), réalisée au service des urgences du centre hospitalo-universitaire Farhat Hached Sousse entre le premier Mars 2014 et le 31 Décembre 2014. La procédure consiste à administrer au patient et au triage un gramme de paracétamol par voie orale après examen initial et une évaluation de la douleur. Le suivi du patient se fait par une réévaluation de la douleur à 30minutes, à 60minutes et à 120minutes.

**Résultats:** Les céphalées étaient le motif le plus fréquent (20%), le délai moyen entre le début de la douleur et l'heure de consultation était de 64 heures, et un délai prolongé de douleur est corrélé à une évolution défavorable après analgésie. On a noté une baisse moyenne de l'EVA à la première heure de 1,2 cm, la baisse globale durant les 120minutes d'observation a été de 1,87cm. Durant la période d'observation, on a noté une baisse de la douleur chez 433 patients (86,6% de la population). L'analgésie précoce avec le paracétamol n'interfère pas avec le diagnostic et on a trouvé un résultat globalement satisfaisant en le comparant avec d'autres études. La concordance diagnostique est supérieure à 95% pour la plupart des motifs de consultation sauf pour les douleurs thoraciques ( $p=0,006$ ), ce qui nous amène à accorder d'emblée le maximum d'attention devant les douleurs thoraciques et à faire les explorations nécessaires pour une enquête diagnostique et étiologique précise. Un complément d'analgésie en association avec le paracétamol était nécessaire pour environ 10% des patients. 40 patients soit 8% de la population d'étude ont été hospitalisés.

**Conclusion :** La mise en place des protocoles standardisés et adaptés de prise en charge de la douleur aiguë dès le triage et leur évaluation à la phase aiguë et à distance pourraient améliorer la qualité des soins aux urgences.

**P145. EVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DU PERSONNEL PARAMÉDICAL DANS L'ANALGÉSIE POST OPÉRATOIRE**

AUTEURS : MHAMDI.S, NAKHLI.MS, SFEYHI.AN\*, AMMAR.C, KAHOUL.M, NAIJA.W

*Service d'anesthésie réanimation. CHU Sahloul*

**Introduction :** La douleur post opératoire constitue un facteur indépendant de morbi-mortalité péri-opératoire et une cause importante d'insatisfaction des malades. Sa prise en charge doit être multidisciplinaire impliquant essentiellement le personnel paramédical qui doit respecter pour cela les recommandations de bonnes pratiques. Le but de cette étude est d'évaluer les connaissances et les pratiques du personnel paramédical dans l'analgésie post opératoire afin de réaliser un état de lieux sur sa participation dans la prise en charge de la douleur postopératoire.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale et descriptive réalisée en Mai 2015 dans les deux centres hospitalo-universitaires de Sousse (CHU Sahloul et CHU Farhat Hached). Un questionnaire évaluant les connaissances et les pratiques a été distribué au personnel paramédical exerçant dans les services de chirurgie générale, d'orthopédie, d'urologie, de neurochirurgie, de chirurgie cardiovasculaire et thoracique et la salle de réveil de la maternité dans les deux CHU de Sousse. L'analyse des données a été faite par le logiciel SPSS dans sa version 18.0.

**Résultat :** Soixante infirmiers ont répondu au questionnaire soit un taux de participation de 75%. La population d'étude était essentiellement féminine (75%) et jeunes. Les résultats étaient encourageants quant aux considérations éthiques et à la conduite à tenir en cas de persistance de la douleur. Cependant, il existe encore certaines insuffisances. La majorité des participants (76,7%) ne connaît aucune échelle d'autoévaluation. La quasi-totalité des participants (95%) ne connaît aucune échelle d'hétéro évaluation. Aucun participant n'évalue l'efficacité thérapeutique. La traçabilité des données n'est respectée que par 48,3% des participants. Les principales mesures d'amélioration proposées par les participants concernent la formation continue, les ressources humaines et logistiques et l'organisation de l'activité des services.

**Conclusion :** Le niveau des connaissances et des pratiques du personnel paramédical dans l'analgésie post opératoire n'est pas encore satisfaisant. Un plan d'action visant les principales insuffisances est obligatoire.

## P146. INTÉRÊT DE LA CHECK-LIST AUX BLOCS OPÉRATOIRES

AUTEURS : MHAMDI.S<sup>(1)</sup>, NAKHLI.MS<sup>(1)</sup>, SFEYHI.AN<sup>(1)\*</sup>, JALLOUL.F<sup>(2)</sup>, CHELLI.M<sup>(1)</sup>, MAATOUG.T<sup>(2)</sup>, KAHLLOUL.M<sup>(1)</sup>, NAIJA.W<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup>-Service d'anesthésie réanimation. CHU Sahloul ;

<sup>2</sup>-Service de réanimation polyvalente. Hôpital régional de Gafsa

**Introduction :** La check-list est une démarche qualité qui a fait la preuve de son efficacité dans l'amélioration de la sécurité du patient au bloc opératoire. Les chirurgiens et les anesthésistes restent particulièrement concernés par cette démarche dont l'enjeu majeur est une réduction du nombre et de la sévérité des incidents liés aux soins. But : Vérifier l'intérêt de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » dans la réduction de la morbi-mortalité péri-opératoire dans les blocs opératoires de l'hôpital régional de Gafsa.

**Matériel et Méthodes :** IL s'agit d'une étude prospective, randomisée en simple aveugle, réalisée aux blocs opératoires de l'hôpital régional de Gafsa sur une période de deux mois. Les patients opérés pour une chirurgie programmée ou urgente différée ont été répartis en deux groupes selon que la check-list a été respectée ou non. Un observateur du déroulement de l'intervention a été chargé de noter les différents incidents survenant au bloc opératoire qu'ils soient liés à l'identité du malade, à l'anesthésie ou à la chirurgie.

**Résultats :** Notre population d'étude était faite de 80 patients répartis en 2 groupes de 40 patients chacun. Les caractéristiques démographiques des malades étaient comparables dans les 2 groupes. La durée moyenne des interventions chirurgicales était de  $51 \pm 10$  min dans le groupe 1 vs  $65.2 \pm 16.7$  min dans le groupe 2 (0.058). Les incidents liés à l'anesthésie et/ou à la chirurgie étaient moins fréquents dans le groupe de check-list, sans qu'une différence significative ne soit notée. Aucune complication n'était constatée dans la période postopératoire. La durée moyenne d'hospitalisation était moins importante en cas du respect de la check-list sans différence significative. Aucun décès n'est survenu pendant la période d'étude.

**Conclusion :** A ce constat, et afin de réduire le taux des complications et de décès chirurgicaux et d'améliorer la qualité des soins, la mise en place de la check-list peut contribuer, si elle est respectée, à optimiser la sécurité des patients dans la période péri-opératoire.

## P147. L'HYSTERECTOMIE D'HEMOSTASE : INTERVENTION DE SAUVETAGE A PROPOS DE 22 CAS

AUTEURS : FENINA EMIRA\*, KHALAF.FERDAWS, MAHMOUD SAHAR, HAJBI GHASSEN, MRAZGUIA CHAOUKI, AJILI AMJAD

Maternité de Nabeul

**Introduction:** Les hémorragies du post-partum sont un sujet de préoccupation constant pour les obstétriciens et les anesthésistes. Leur traitement repose de plus en plus sur les moyens médicaux et les techniques chirurgicales conservatrices. Néanmoins l'hystérectomie d'hémostase, reste le geste salvateur incontournable de sauvetage maternel. L'objectif de ce travail est de préciser les particularités épidémiologiques des patientes ayant nécessité une hystérectomie d'hémostases ainsi que les indications de cette intervention dans notre maternité et d'étudier la morbidité et la mortalité maternelle en cas d'hystérectomie d'hémostase.

**Matériel et méthode :** étude rétrospective de 22 cas d'hystérectomie d'hémostase en post partum colligés dans la maternité de Nabeul durant la période allant du 01/01/2010 jusqu'au 31/12/2013.

**Résultat :** L'âge moyen de nos patientes est de 31 ans avec (22-41 ans). La parité moyenne est de 2.1 (1 à 6). Les facteurs de risque d'hémorragie du post partum ont été répartis comme suit : Multiparité : 12; utérus cicatriciel : 4; macrosomie : 2; grossesse gémellaire : 2. Les facteurs de risque étaient souvent intriqués, six patientes n'avaient aucun facteur de risque. Quatorze patientes ont accouchées par césarienne et 8 par voie basse. L'hystérectomie était pratiquée d'emblée chez 6 patientes et après échec de traitement conservateur chez 16 patientes. Elle était dans 72% des cas subtotale. Le tableau clinique était commun à toutes nos patientes : un état de choc hémorragique avec tachycardie et chute de la TA, une oligoanurie et un saignement actif rouge vif. Les indications de l'hystérectomie ont été réparties comme suit: Inertie utérine avec hémorragie massive et instabilité hémodynamique : 14cas (9cas après échec de ligatures vasculaires). Placenta accreta : 3 cas. Rupture utérine sans possibilités de réparation: 3 cas. Une plaie de la filière génitale : 2 cas. Toutes les patientes ont bénéficié d'un traitement par Nalador et d'une transfusion par des culots globulaires et du PFC. Le nombre de culots globulaires transfusés était en moyenne de quatre. La durée de l'acte opératoire a varié de 25 à 40minutes. Les complications per et post opératoires: Un cas de plaie vésicale. Deux patientes ont eu une infection de la paroi. Le transfert dans un service de réanimation chirurgicale a été nécessaire chez 11 patientes, les motifs de transferts étaient : CIVD (7cas); instabilité hémodynamique (3 cas);HELLP syndrome (1 cas). Un cas de décès maternel a été déploré. Les complications fœtales : 1 mort fœtale in utéro lors de la rupture utérine. 7 hospitalisations en néonatalogie pour grande prématurité.



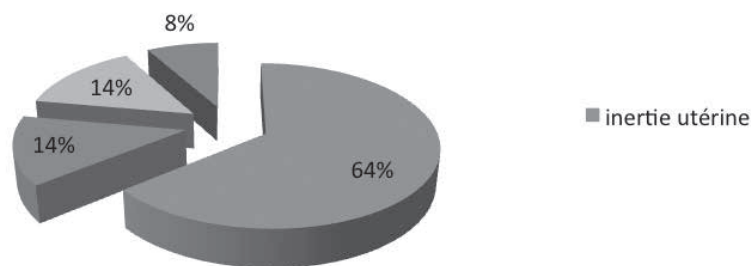


Figure1 : Principales indications de l'hystérectomie d'hémostase

**Conclusion:** Une prévention de l'hémorragie de la délivrance et des nouvelles stratégies thérapeutiques s'imposent pour améliorer la prise en charge de l'hémorragie grave du post-partum. C'est cependant la maîtrise technique du geste chirurgical vital qui est indispensable.

## **P148. PANCRATITE AIGUE NECROTICO-HEMORRAGIQUE SECONDAIRE A UNE EMBOLIE GRAISSEUSE POST TRAUMATIQUE « A PROPOS D'UN CAS »**

AUTEURS : KAIS REGAIEG\*; MARIEM SMAOUI; MANEL ZEKRI; IMEN ELLEUCH; OLFA TURKI; HEDI CHELLY; MABROUK BAHLOUL; MOUNIR BOUAZIZ  
Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

**Introduction :** L'origine post traumatique des pancréatites aiguës graves est rarement rapportée. L'embolie graisseuse post traumatique n'a pas été rapportée comme cause des pancréatites aiguës. Nous rapportons un cas de pancréatite aiguë grave dans les suites d'une embolie graisseuse post-traumatique.

**Observation :** K.S. Âgé de 39ans sans antécédents pathologiques notables admis en réanimation pour un polytraumatisme suite à un AVP. L'examen initial trouve un patient agité (GCS à 14/15), instable sur le plan hémodynamique avec PA à 70/40 mm Hg et FC à 110 b/min, polypnéique à 22 c/min avec SpO<sub>2</sub> à 96% sous oxygène. Le patient a été intubé ventilé et sédaté, stabilisé sur le plan hémodynamique et respiratoire. Il a bénéficié d'un BODY-Scanner qui a montré une rupture incomplète de l'isthme de l'aorte, des contusions pulmonaires et des fractures des côtes. L'étage cérébral, cervical et abdominal était sans anomalie. Par ailleurs, on a noté une fracture fermée déplacée du fémur gauche. L'évolution était marquée par l'apparition des pétéchies sur le tronc et l'abdomen, une hypoxémie avec un rapport à 200 et l'absence de réveil à l'arrêt de sédation. Un scanner cérébral a montré l'apparition de lésions hypodenses au niveau frontal et temporal gauche d'origine ischémique. Sur le plan biologique, on a noté une déglobulisation à 7.8g/dl, une thrombopénie à 87000, une augmentation de la bilirubine à prédominance libre, une hypocholestérolémie, une hyperglycémie, une haptoglobuline effondrée et une hyperferritinémie. Une IRM cérébrale a montré des lésions en faveur d'une embolie graisseuse. A j5 d'évolution, l'examen abdominal a montré une sensibilité abdominale dans un contexte de fièvre. Le bilan pancréatique a montré des amylases à 1460UI/l et des lipases à 860UI/l. Le scanner abdominal a montré la présence d'une pancréatite stade E. Un bilan étiologique a été demandé qui a été négatif.

**Conclusion :** La pancréatite aiguë représente une complication exceptionnelle potentiellement redoutable de l'embolie graisseuse post traumatique. Son diagnostic doit être évoqué devant des troubles digestifs et confirmé par un scanner abdominal afin d'optimiser la prise en charge.

## **P149. SYNDROME D'ASPHYXIE TRAUMATIQUE OU SYNDROME DE PERTHES : A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : KAIS REGAIEG\*; KAMILIA CHTARA; OLFA TURKI; NAJEH BACCOUCH; HEDI CHELLY; MABROUK BAHLOUL; MOUNIR BOUAZIZ  
Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

**Introduction :** Le syndrome de Perthes ou syndrome d'asphyxie traumatique est défini par l'association de pétéchies cervico-faciales et d'hémorragies sous-conjonctivales à des manifestations neurologiques survenant à la suite d'une compression thoracique ou thoraco-abdominale post traumatique brutale et brève sur un thorax en hyperinflation.

**Observation :** Il s'agit d'un patient âgé de 7 ans sans antécédents pathologiques notables victime d'un polytraumatisme suite à un accident domestique: chute d'un vase de 30Kg sur le thorax quand l'enfant était en train de jouer). L'examen initial a montré un patient obnubilé (GSC à 13/15), PA à 90/40 mm Hg avec FC à 140 b/min, polypnée à 32 c/min avec SpO<sub>2</sub> à 88% à l'air ambiant. Par ailleurs, on a noté la présence d'une cyanose cervico-faciale, des pétéchies au niveau du tronc et d'une hémorragie sous-conjonctivale avec des écorchures thoraciques. Un BODY-scanner a été réalisé en urgence et a montré l'absence d'une anomalie à l'étage cérébral, un emphysème sous cutané à l'étage cervical, un pneumothorax bilatéral, des contusions pulmonaires sans fractures des côtes au

niveau thoracique et une lame d'épanchement intra péritonéal au niveau du Douglas à l'étage abdominal. Le patient a bénéficié d'un drainage thoracique bilatéral, il a été ensuite intubé ventilé sédaté puis transféré en réanimation. L'évolution était favorable avec disparition de la cyanose au bout de 24 h et des pétéchies et de l'hémorragie sous conjonctivale au bout de 3 jours. Le patient était conscient à l'arrêt de la sédation. Il a été extubé avec ablation des drains thoraciques au bout de deux semaines.

**Conclusion :** Le syndrome de Perthes doit être évoqué devant l'association d'un masque ecchymotique et des manifestations neurologiques survenant après un traumatisme compressif du thorax brutal et bref. Son traitement est symptomatique. Il est basé sur la réanimation cardiorespiratoire. Le pronostic est bon si la prise en charge est rapide avant l'installation de lésions anoxiques cérébrales.

## **P150. THROMBOSE DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE POST TRAUMATIQUE**

AUTEURS : CHEBBI.N, GUIZANI.T\*, AJINA.A, CHELLY.M, AMMAR.C, NAIJA.W

*Service d'Anesthésie Réanimation - CHU Sahloul*

**Introduction :** La fréquence de la maladie thromboembolique veineuse chez le polytraumatisé est élevée. Sa localisation au niveau de la veine cave inférieure (VCI) est une entité clinique rare, seulement 16 cas rapportés dans la littérature. Nous rapportons un cas clinique récent d'une thrombose de la veine cave inférieure secondaire à une contusion abdominale.

**Cas clinique :** Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 18ans sans antécédents pathologiques notables victime d'un accident violent de la voie publique. L'examen initial a montré une légère sensibilité abdominale sans autres plaintes. Le scanner corps entier a révélé un thrombus endoluminale de la veine cave inférieure thoracique juste avant son abouchement au niveau de l'oreillette droite avec thrombose de la veine sus hépatique médiane. Par ailleurs, on retrouve des plages hypodenses du segment VI du foie avec un hémopéritoine de moyenne abondance. Devant la stabilité hémodynamique, le patient a été mis, après 48 h de surveillance, sous héparine sodique en continue. L'évolution ultérieure était favorable.

**Discussion:** L'origine post-traumatique d'une thrombose de la VCI, dans un contexte de contusion abdominale, reste exceptionnelle. Sa gravité est dominée par le risque majeur d'embolie pulmonaire massive. Les forces de cisaillement dues à la décélération provoquent l'avulsion partielle ou totale du segment veineux, observée le plus souvent à la jonction atrio-cave ou hépato-cave, avec constitution d'un thrombus en regard. La prise en charge des thromboses caves post-traumatiques n'est pas codifiée, les études à ce propos ne sont pas concluantes, compte tenu de la rareté des cas publiés. Le traitement fait appel aux anticoagulants. En cas de contre indication, la pose d'un filtre cave paraît d'indication large. La thrombectomie est une autre alternative mais reste controversée.

**Conclusion:** L'héparinothérapie à la phase aiguë après traumatisme grave n'est pas une affaire simple pour le réanimateur. Le risque hémorragique domine le tableau, mais le risque embolique n'est pas nul non plus.

## **P151. CARACTERISTIQUES DES HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES CHEZ LE CIRRHOTIQUE: ETUDE RETROSPECTIVE DE 70 CAS**

AUTEURS : HAFI.F\*, STAMBOULI.L, BENALI.M, SASSI.K, HAMDENE.M, CHAKROUN.S, CHAKROUN.A, ABDELMOULA.M, HALEK.M, MOULA.K, SALLEMI.B, BENSALIM.F, GAHBICHE.M

*Service d'Anesthésie-Réanimation EPS Fattouma Bourguiba Monastir*

**Introduction :** L'hémorragie digestive haute (HDH) est une complication fréquente chez les malades cirrhotiques. Elle est souvent grave, représentée par un état de choc hémorragique majorant le risque de décès chez le cirrhotique. Le saignement par RVO est responsable de 25-30% de décès. Le but de ce travail est de relever les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'HDH

**Matériels et méthodes :** Etude rétrospective colligeant tous les cas d'HDH variqueuse, hospitalisés durant la période allant de 2005 à 2012. Le diagnostic posé par la clinique (hématémèse et/ou méléna et confirmé par la fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD). Les données cliniques, endoscopiques thérapeutiques et aspects évolutifs ont été relevés à partir des dossiers médicaux.

**Résultats :** Nous avons colligé 70 cas d'HDH par RVO ou gastriques. L'âge moyen était de  $57 \pm 16.4$ ans avec prédominance masculine (54hommes et 16femmes). Une co-morbidité associée (59 cas) et des antécédents de cirrhose (51cas) étaient relevés. L'étiologie de l'HDH était déterminée par la FOGD dans 69 cas : RVO (62cas) et varices oeso-gastriques (7cas) avec prédominance des varices grade III (46cas). L'association lésionnelle à la RVO relevée chez 7 cirrhotiques : œsophagite (1cas), ulcère gastrique (2cas), ulcère œsophagien (1cas) et gastrite (1cas). La FOGD n'était pas concluante (1cas) en raison de l'abondance du saignement, le diagnostic était posé en peropératoire. La cirrhose était classée selon le score de Child Pugh en stade A (6 cas), B (40cas) et C (24cas). La découverte de cirrhose par l'épisode d'HDH était inaugurale chez 19 patients. Un état de choc à l'admission était noté dans 43cas dont 11 cas de saignement actif. L'hémoglobininémie initiale moyenne était de 7,33g/dl et plus de 10

cas de thrombopénie sévère avec un taux moyen de  $46.10^3/mm^3$ . La transfusion sanguine était relevée dans 66 cas pendant les 24 premières heures dans 75% des cas. Le nombre moyen de culots globulaires était de 04 unités, de plasma frais congelé (46 cas) avec moyenne 8 poches et 10 patients avaient reçu de concentrés plaquettaire avec un taux moyen de 5,4 unités par patient (extrêmes 3-9). Les catécholamines étaient administrées dans tous les cas d'état de choc. Le traitement vasoactif (octréotide) était relevé chez tous les patients, en association à un inhibiteur de la pompe à proton prescrit dans plus de la moitié des cas. Le tamponnement par sonde était relevé dans 13 cas, la ligature élastique des varices et la sclérothérapie respectivement dans 33 et 4 cas. La durée moyenne du séjour en réanimation était de 7 jours  $\pm$  3,4. La mortalité hospitalière était dans 38 cas (31, 7%) dont 11 cas sont dus à une HDH persistante non contrôlée, 2 cas à une décompensation de cirrhose malgré le contrôle du saignement et 25 décès à la suite d'un resaignement.

**Conclusion :** L'hémorragie digestive est une complication fréquente et grave chez les malades cirrhotiques. Elle pose le problème de gravité liée au degré d'insuffisance hépatique et de difficulté de prise en charge des cas compliqués.

## **P152. ÉVALUATION DE LA POSE DES VOIES VEINEUSES CENTRALES SOUS-CLAVICULAIRE ET JUGULAIRE INTERNE SOUS ÉCHOUIDAGE PAR LES JEUNES RÉSIDENTS**

AUTEURS : HAMDI MEHDI\*, BOUGHARIOU SANA, KLAI FEDIA, BOUSSOFARA MEHDI  
Centre de traumatologie et des grands brûlés ben arous, Service d'anesthésie-Réanimation

**Introduction :** La pose de voie veineuse centrale est préférable en territoire cave supérieur même si elle expose à un risque de complication non négligeable. Nous avons étudié l'impact de l'échoguidage pour la pose de voie centrale sous-clavière et jugulaire interne en termes d'apprentissage, de durée de pose et d'incidence des complications.

**Matériels et Méthodes :** Les patients ont été inclus de Mars à Septembre 2015. L'échoguidage était réalisé avec un appareil portable de type Sonosite et une sonde haute fréquence (7,5 MHz). Les données recueillies étaient : les données morphologiques du patient, le temps de pose et les éventuelles complications. Toutes les ponctions étaient réalisées en utilisant la coupe transversale avec une ponction vasculaire « hors plan ». Les résidents ont bénéficié d'un enseignement théorique suivi d'exemples pratiques avant d'être inclus dans l'étude.

**Résultats :** 20 voies centrales sous-clavières et 20 jugulaires internes ont été incluses.

Les résultats en termes d'apprentissage, de réussite et de complication sont présentés dans le tableau. L'apprentissage était rapide ; après la pose de 5 cathéters pour la veine sous-clavière et 3 pour la veine jugulaire interne, un résident était capable de réussir la pose d'une voie veineuse centrale dès la première ponction. La voie veineuse centrale a pu être mise en place dès la première ponction dans 62% des cas. Le site de ponction sous-claviculaire se situait en moyenne à 55 mm sous la clavicule et à 90 mm en dehors du manubrium sternal. Pour la veine jugulaire interne, elle est en arrière de l'artère carotide commune dans 35% des cas et en dedans dans 20% des cas.

Les complications rencontrées ont été une ponction artérielle, un cas de trajet aberrant (rétrograde) et un cas de pneumothorax dans la voie sous clavière et 3 cas de ponction artérielle dans la voie jugulaire interne

	Veine sous-clavière	Veine jugulaire interne	p
Taux de succès 1ère tentative	75%	85%	0,47
Nombre moyen de ponction	1,35	1,3	0,82
Taux de complications	15%	15%	1
Temps moyen de montée de guide (min)	8,6	7,9	0,23
Niveau moyen de difficulté	4/10	3/10	0,66

**Conclusion :** L'apprentissage de la pose de voie veineuse centrale sous-clavière ou jugulaire sous échoguidage est rapide. La mise en place du dispositif d'échoguidage rallonge la durée de préparation mais doit être mis en balance avec le taux important de succès dès la première ponction. L'échoguidage permet de ponctionner la veine sous-clavière plus latéralement, à distance du dôme pleural diminuant considérablement le risque de pneumothorax et de diminuer le risque de ponction artérielle pour la veine jugulaire externe. L'étude ne montre aucune différence entre la voie sous-clavière et jugulaire interne.

### **Référence bibliographique :**

1. Hind D et al. Ultrasonic locating devices for central venous cannulation: meta-analysis. BMJ 2003; 327: 361.
2. Biffi R et al. Best choice of central venous insertion site for the prevention of catheter-related complications: a randomized trial. Ann Oncol 2009; 20: 935-40.

## P153. ÉVALUATION DE LA POSE DES VOIES VEINEUSES PERIPHERIQUES SOUS ÉCHOGUIDAGE PAR LES JEUNES RÉSIDENTS

AUTEURS : HAMDI MEHDI\*, BOUGHARIOU SANA, MESSOUD RIHAB, BOUSSOFARA MEHDI  
Anesthésie et Réanimation, Centre de Traumatologie et des grands brûlés Ben Arous

**Introduction :** La pose de perfusion sur veine périphérique est l'un des actes de soins les plus fréquemment pratiqués. La supériorité de la perfusion périphérique échoguidée sur les techniques traditionnelles de repérage manuel est bien démontrée pour l'abord veineux périphérique difficile. L'objectif de notre travail est de comparer deux techniques de mise en place de voie veineuse périphérique selon deux techniques transversale et longitudinale, en termes de faisabilité et de complications.

**Matériels et méthodes :** 60 patients ont été inclus dans notre étude de juillet à septembre 2015, divisés en deux groupes égaux. Le repérage des veines se réalise à l'aide d'une sonde échographique à tête plane à haute fréquence (7,5 Mhz) type sonosite en mode vasculaire avec utilisation du doppler. Les résidents ayant bénéficié d'une formation théorique et pratique, vont essayer de repérer une veine périphérique au niveau du membre supérieur et introduire un cathéter 18 gauges. La procédure a été pratiquée selon deux coupes différentes : transversale et longitudinale au tirage au sort. Nous avons recueilli les caractéristiques anthropométriques des patients, les durées de repérage échographique et de la procédure, le nombre de tentative et le score de difficulté

**Résultats :** Pas différence entre les deux groupes quant aux critères anthropométriques (poids=74,4 ±16,8 Kg ; taille=168,9±18,6cm et IMC=23,9±2,7 kg/m<sup>2</sup>).

	Coupe longitudinale	Coupe transversale	P
Veine brachiale	17/30	19/30	0,23
Veine basilique	10/30	09/30	0,57
Veine céphalique	3/30	2/30	0,66
Abord prévu difficile	4/30	6/30	0,39
Durée moyenne de repérage (min)	3,7	2,9	0,077
Durée moyenne procédure (min)	4,8	3,6	0,056
Moyenne de tentative	41/30	39/30	0,44
Sucées dès première tentative	19/30	22/30	0,22
Incidence échec	3/30	2/30	0,17
Score difficulté	4,7/10	3,8/10	0,042
Satisfaction patients	8,3/10	8,5/10	0,47

**Conclusion :** L'échographie peut faciliter la canulation des veines périphériques que se soit en coupe longitudinale ou transversale sans aucune différence entre les deux techniques. Elle améliore le confort du patient et nous simplifie la vie, en réduisant le temps de l'accès veineux périphérique, en diminuant le nombre de tentative, et en limitant le recours à la VVC.

**Référence :** 1. Sandhu NP, Sidhu DS. Mid-arm approach to basilic and cephalic vein cannulation using ultrasound guidance. Br J Anaesth. 2004 Aug;93(2):292-4. Epub 2004 Jun 11. 2. Farooq M. Ultrasound guidance for peripheral venous access. Anesthesiology. 2007 Aug;107(2):357

## P154. ENQUÊTE SUR LA PRATIQUE DE LA SÉDATION EN RÉANIMATION

AUTEURS : JAOUED O, BEN SIK ALI H<sup>(1)</sup>, TILOUCHE N<sup>(1)</sup>, YACOUBI S<sup>(1)</sup>, GHARBI R<sup>(1)</sup>, FEKIH HASSEN M<sup>(1)</sup>, ELATROUS S<sup>(1)</sup>.  
1. Service de Réanimation médicale de l'hôpital EPS Taher Sfar.

**Introduction :** La sédation est communément utilisée en réanimation. Une étude parue en 2000 avait bouleversé les pratiques en démontrant le bénéfice de son arrêt quotidien. En absence d'un consensus national, la pratique de la sédation reste service dépendante. Le but de ce travail était d'évaluer les pratiques de la sédation dans les services de réanimation tunisiens.

**Matériels et Méthodes :** Au total 6 services de réanimation avaient répondu au questionnaire. Ce dernier, se composait au total de 28 questions. Les items portaient sur les caractéristiques du service de réanimation, l'existence des éléments suivants : un médecin ou un infirmier référent en sédation ou un d'échelle de sédation, un protocole de sédation, une délégation de la sédation aux infirmiers. Étaient également demandés : les molécules utilisées en sédation et en cas de douleur, le protocole utilisé pour adapter soit la posologie de la sédation ou de l'analgésie le mode d'arrêt de la sédation, le traitement du delirium et le recours à la sédation en cas de ventilation non invasive.

**Résultats :** Trente neuf médecins avaient répondu au questionnaire. En réanimation, un médecin référent était présent dans 12.8% des cas et 18% déclaraient déléguer la sédation aux infirmiers. Sept médecins (18%) avaient un protocole écrit de sédation avec un algorithme. Une échelle de sédation était utilisée par 48.7% des médecins. Le Ramsay était l'échelle la plus utilisée (68.4%). L'état de conscience du patient restait altéré malgré la décroissance de Midazolam dans 64% des cas. Un renforcement inférieur à 25% de l'analgésie était rapporté dans 69% des

cas. L'interruption quotidienne de la sédation était adoptée par 7 médecins (18% des cas). Les molécules les plus utilisées dans la sédation et l'analgésie étaient le Midazolam dans 100% des cas, le Fentanyl dans 77% des cas et le Remifentanyl dans 98% des cas. En cas de delirium de réanimation, les neuroleptiques par voie intraveineuse étaient les médicaments les plus utilisés 67% des cas. Aucun médecin ne prescrivait un traitement analgésique au cours de la ventilation non invasive.

**Conclusion :** peu de réanimations disposent d'un protocole écrit de sédation. Un effort reste à fournir pour améliorer la gestion de la sédation des patients de réanimation.



## THEME METABOLIQUE

### **P155. SYNDROME HEMOLYTIQUE ET UREMIE DE L'ADULTE JEUNE PAR TROUBLE DU METABOLISME DE LA COBALAMINE : A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : F MEDHIOUB; N BACCOUCH\*; O TURKI; K RGAIEG; R ALLELA; M ZEKRI; I AMMAR; A CHAARI; H CHELLY; C BEN HAMIDA; M BAHLOUL; M BOUAZIZ  
*Service de Réanimation Médicale, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie*

**Introduction :** Le SHU est dû à une microangiopathie thrombotique intra rénale. Le SHU typique est le SHU post diarrhéique. Le SHU atypique est lié à une dérégulation de l'activation de la voie alterne du complément. Néanmoins, il peut être observé en association à une anomalie du métabolisme de la cobalamine type cb1C.

**Observation :** Un homme de 28ans, sans antécédents, était hospitalisé en réanimation pour trouble de la conscience. Il se plaignait depuis une semaine de douleurs abdominales, nausées, vomissements et diarrhées. Il était opéré pour suspicion d'appendicite aiguë. L'appendice n'était pas inflammatoire. Une lésion ischémique du colon gauche était réséquée. L'examen anapath concluait à des microthromboses coliques. Il était transféré en réanimation 24H après pour trouble de conscience. A l'admission, il présentait des troubles de la vigilance et de la déglutition, une paralysie oculomotrice, des trémulations et des signes cliniques de surcharge puis rapidement un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë nécessitant l'intubation et la VM. Le TDM cérébral et la PL étaient normaux. A la biologie, une IRA (créatininémie 485  $\mu\text{mol/l}$ , urée 17,8  $\text{mmol/l}$ ), une anémie (Hb 6,2  $\text{g/dl}$ , VGM à 106  $\mu\text{3}$ , CCMH à 33%), une leucopénie (3800  $\text{elts/mm}^3$ ) et une thrombopénie (83000  $\text{elts/mm}^3$ ). La LDH était élevée à 635  $\text{UI/L}$ , l'haptoglobine basse à 0,15  $\text{g/L}$  et la ferritinémie élevée à 500 $\text{mg/L}$ . Présence de schizocytes au frottis sanguin. Le test de Coombs direct était négatif. Le tableau clinique et biologique faisait évoquer le SHU. Le patient était traité par les échanges plasmatiques. L'absence d'amélioration et l'association de troubles neurologiques, de leucopénie et d'anémie macrocytaire à un SHU faisaient suspecter une anomalie du métabolisme de la cobalamine. Le taux normal de la vitamine B12 et d'hyperhomocystéinémie (75  $\mu\text{mol/l}$ ) étaient complétés par chromatographies des acides aminés et des acides organiques qui montraient une concentration sérique effondrée de méthionine et des concentrations urinaires élevées d'homocystéine et d'acide méthylmalonique en faveur d'une anomalie du métabolisme de la cobalamine type c1Bc. Sous hydroxycobalamine, bétaine et acide folinique l'évolution était favorable.

**Discussion :** La vitamine B12 intervient en tant que coenzyme de la méthionine-synthase (ou méthyl-transférase) dans la transformation de l'homocystéine en méthionine et de la méthylmalonyl-CoA mutase dans la conversion de la méthylmalonyl-CoA en succinyl-CoA. Les sujets atteints de mutations de type cb1C présentent un déficit fonctionnel de la méthylcobalamine CoAmutase et de la méthionine synthase. Ce défaut s'accompagne d'une acidémie méthylmalonique et d'une homocystinurie. Il est secondaire à des mutations du gène MMACHC et se transmet selon un mode autosomique récessif. Cette forme de SHU est fatale durant les trois premiers mois de vie. Néanmoins, de rares cas moins sévères compliqués de SHU ont été rapportés chez le grand enfant et l'adulte jeune, en rapport avec une déclaration tardive de la maladie. Le traitement repose sur la supplémentation en hydroxycobalamine, bétaine et acide folique.

**Conclusion :** Notre observation illustre une forme inhabituelle du SHU atypique du jeune adulte évoquant une anomalie du métabolisme de la cobalamine type cb1C. La connaissance de cette particularité permet d'éviter des errances diagnostiques et des mesures thérapeutiques inadaptées

### **P156. RHABDOMYOLYSE SECONDAIRE A UNE HYPONATREMIE SEVERE : A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : F MEDHIOUB; O TURKI\*; N BACCOUCH; R ALLELA; I AMMAR; M SMAOUI; A CHAARI; H CHELLY; C BEN HAMIDA; M BAHLOUL; M BOUAZIZ  
*Service et Hôpital : Service de Réanimation Médicale, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie*

**Introduction :** Les signes neuromusculaires de l'hyponatrémie sont nombreux et aspécifiques : crampes, troubles de conscience allant jusqu'au coma. Nous rapportons l'observation d'une patiente chez qui l'hyponatrémie a été mise en cause dans la survenue d'une rhabdomyolyse.

**Observation :** Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 40ans aux antécédents d'hypothyroïdie périphérique suivie depuis 12ans sous L-thyroxine (100  $\mu\text{g/j}$ ). Elle a été hospitalisée, deux semaines après un arrêt brutal de son traitement hormonal substitutif, dans un tableau de coma profond sans signe de localisation ni syndrome méningé. A la biologie, on a noté une hyponatrémie majeure à 110  $\text{mmol/l}$  et des CPK initiales légèrement augmentées. On a procédé à la supplémentation en sodium à la seringue électrique. Vingt-quatre heures après, on a constaté une augmentation du taux de CPK (40xN) rapidement compliquée d'hyperkaliémie sévère avec acidose métabolique nécessitant le recours à l'hémodialyse. Sous traitement hormonal substitutif et après

correction progressive de la natrémie, l'évolution clinique se fit vers la diminution du taux de CPK, l'amélioration de la fonction rénale et le sevrage de la dialyse.

**Discussion :** L'hyponatrémie sévère est due à l'hypothyroïdie chez notre patiente. L'hyponatrémie est en fait une cause possible de rhabdomyolyse. Celle-ci est secondaire à un dérèglement de l'homéostasie calcique (augmentation de la concentration en calcium libre intracellulaire). Au niveau du sarcolemme, le transport du calcium est assuré par le fonctionnement concomitant de la pompe Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> et de l'échangeur Ca<sup>2+</sup>/Na<sup>+</sup>. La pompe Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> permet le maintien d'une faible concentration intracellulaire de sodium (10 mEq/l) générant ainsi un gradient important de concentration entre l'intérieur et l'extérieur de la cellule. L'entrée passive de sodium favorisée par ce gradient de concentration permet la régulation du contenu intracellulaire en calcium par l'intermédiaire d'un échange entre sodium et potassium. Ainsi, toute altération du contenu intracellulaire en sodium provoque une rupture de l'homéostasie calcique. Cette rupture aura pour conséquence d'activer des protéases et des phospholipases conduisant à une destruction des protéines contractiles, des protéines membranaires et de celles composant le cytosquelette et ainsi l'installation d'une rhabdomyolyse.

**Conclusion :** La rhabdomyolyse secondaire à une hyponatrémie est rarement rapportée. Il serait intéressant de cerner le lien physiopathologique pour circonscrire ce processus de lyse musculaire le plus rapidement possible et en éviter la récurrence.

## **P157. LES PERSONNES ÂGÉES PRÉSENTANT UNE HYPERGLYCÉMIE ADMIS A LA SALLE ACCUEIL DES URGENCES VITALES : ETUDE DU PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET FACTEURS PRONOSTIQUES**

AUTEURS : GUERBOUJ Y\*, SAYHI A, B MEFTEH N, KHELIL A.

*Service des Urgences- SMUR Hôpital Maamouri Nabeul Tunisie*

**Introduction :** Une hyperglycémie peut être découverte chez un sujet âgé (diabétique ou non) admis pour une urgence vitale. Elle peut être d'étiologies diverses, avec retentissement sur le pronostic vital immédiat et ultérieur.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective s'étalant sur 36 mois (1<sup>er</sup> Janvier 2012 au 31 Décembre 2014), incluant 96 patients âgés de plus que 65ans admis à la SAUV pour une pathologie médicale ou traumatique et chez qui une glycémie initiale  $\geq 11,1$  mmol/l a été diagnostiquée. Les données sont analysées par le logiciel SPSS version 18.

**Résultat :** L'âge moyen de nos patients était de  $72,4 \pm 10,5$ ans (extrêmes : 65 à 94ans), avec prédominance masculine (SR=3). 46,87% de notre population étaient des diabétiques. L'ancienneté du diabète était en moyenne de  $16 \pm 8$ ans. Le diabète type 2 était présent dans 68,75%. Les troubles de la conscience étaient le principal motif d'admission dans 59,38%. Le tableau clinique était grave d'emblée (IGSA > 8) dans 56,25% des cas. Les patients comateux (CGS  $\leq 8$ ) étaient de 28,13%. 31,25% de nos patients présentaient des signes d'insuffisance respiratoire aigue, alors que 40,62% étaient en état de choc. Dans notre série, les étiologies médicales étaient dominées par les pathologies cardiaques 37,5%, neurologiques et respiratoires dans 15,62% respectivement. L'hyperglycémie a été notée dans un tableau post-traumatique dans 9,37%. 6,25% de nos patients présentaient un coma hyperosmolaire. L'insulinothérapie était instituée chez 12,5% de nos patients. La durée moyenne de séjour à la SAUV était de  $22,31 \pm 19$ h. Au terme de notre étude, nous avons retenu comme facteurs de mauvais pronostic : l'âge  $\geq 65$ ans ( $p < 0,025$ ), une hyperglycémie  $\geq 16$  mmol/l ( $p < 0,025$ ), un IGSA > 8 ( $p < 0,001$ ), un CGS  $\leq 8$  ( $p < 0,01$ ), un état de choc ( $p < 0,001$ ), une assistance ventilatoire ( $p < 0,001$ ), le recours aux drogues vaso-actives ( $p < 0,001$ ), et une étiologie cardiaque ( $p < 0,001$ ), un AVC ( $p < 0,001$ ) et un traumatisme crânien ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion :** la prise en charge des sujets âgés présentant une hyperglycémie nécessite une démarche diagnostique et thérapeutique adaptée à la pathologie en cause et à son retentissement. Certains facteurs de mauvais pronostics doivent être considérés dès la prise en charge afin d'améliorer le pronostic.

## **P158. LES SUJETS DIABÉTIQUES ADMIS A LA SALLE ACCUEIL DES URGENCES VITALES : ETUDE DU PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET FACTEURS PRONOSTIQUES**

AUTEURS : B SALAH C\*, B KAHLA N, RBIA E, GUERBOUJ Y, KHELIL A.

*Service des Urgences- SMUR Hôpital Maamouri Nabeul Tunisie*

**Introduction :** Les sujets diabétiques consultent fréquemment les urgences pour des accidents aigus d'étiologies diverses pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Le but de notre travail était d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et de dégager les facteurs pronostiques des sujets diabétiques admis à la salle d'accueil des urgences vitale (SAUV) pour une pathologie médicale.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective s'étalant sur 36 mois (1<sup>er</sup> Janvier 2012 au 31 Décembre 2014), incluant 147 patients diabétiques âgés admis à la SAUV pour une pathologie médicale. Les données sont analysées par le logiciel SPSS version 18.

**Résultat :** L'âge moyen de nos patients était de 65,58±18,5ans (extrêmes : 22 à 96ans) avec prédominance masculine (SR=1,13). L'ancienneté du diabète était en moyenne de 11±8ans. Le diabète type 2 était présent dans 63,6%. 32,8% de notre population étaient des tabagiques. Les antécédents étaient dominés par la pathologie cardio-vasculaire (67,3%), essentiellement l'hypertension artérielle (61,2%). Les troubles de la conscience et la dyspnée étaient les principaux motifs de consultation dans respectivement 57,1% et 46,9. Le tableau clinique était grave d'emblée (IGSA>8) dans 34,7% des cas. Les patients comateux (CGS≤8) étaient de 24,5%. 38,8% de nos patients présentaient des signes d'insuffisance respiratoire aigue, alors que 22,4% étaient en état de choc. Dans notre série, les étiologies étaient dominées par les pathologies cardiaques 40,8% et métaboliques 26,5%. Le décès était noté chez 42,9% de nos patients. Au terme de notre étude, nous avons retenu comme facteurs de mauvais pronostic : l'ancienneté du diabète ≥10ans (p<0,001), une comorbidité ≥2 (p<0,01), un IGSA>8 (p<0,025), un CGS≤8 (p<0,001), une assistance ventilatoire (p<0,001) et le recours aux drogues vaso-actives (p <0,001).

**Conclusion :** la prise en charge des sujets diabétiques nécessite une démarche diagnostique et thérapeutique adaptée à la pathologie en cause et à son retentissement. Certains facteurs de mauvais pronostics doivent être considérés dès la prise en charge afin d'améliorer le pronostic.

## **P159. DYSNATREMIE EN UNITE DE SOINS INTENSIFS: INCIDENCE ET PRO- NOSTIC**

AUTEURS : AJILI S\*, HADDAD F, LIKA A, SAHLI A, JAOUA H, BEN FADHEL K

Hôpital Habib Thameur

**Introduction :** La dysnatrémie est un trouble hydro électrolytique fréquent en unité de soins intensifs (USI). Qu'il soit présent à l'admission ou développé en cours d'hospitalisation, il s'associe à une morbi-mortalité très élevée (Güçyetmez B, Minerva Anestesiol, 2014). Le but de ce travail est d'étudier la fréquence de dysnatrémie chez nos patients et son impact en terme de morbi mortalité.

**Matériels et méthodes :** nous avons retenu les dossiers des patients hospitalisés dans notre service de juillet à décembre 2014 et chez qui on retrouve une dysnatrémie. Les patients ont été classés en 2 groupes selon le type de dysnatrémie (la valeur de la natrémie retenue est celle mesurée au laboratoire): groupe A (Na<135 mmol/L) et groupe B (Na>150 mmol/L). Les patients dont la durée d'hospitalisation était <24H ont été exclus de l'étude.

**Résultat :** Sur les 125 dossiers étudiés, nous en avons retenu 35 répartis comme suit : 20 pour le groupe A (58%) et 15 pour le groupe B (42%) ; soit une incidence de dysnatrémie de 28%. L'âge moyen des patients étudiés est de 55±18ans. L'indice de gravité simplifié (IGSII) est estimé à 38.09 avec une durée moyenne d'hospitalisation de 11±13 jours. Pour chaque patient, nous avons cherché une éventuelle origine iatrogène à ce trouble. L'iatrogénie a été retrouvée respectivement dans 45% pour le groupe A et 60% pour le groupe B. Le tableau suivant résume les caractéristiques.

	Traitement suspect		Mortalité
Groupe A N=20	Furosémide	9	67%
	aucun	11	58%
Groupe B n=15	Sérum salé à 9%	7	72%
	Corticoïdes	1	100%
	Sérum salé à 9% + corticoïdes	1	100%
	aucun	6	50%

## **P160. HYPERKALIEMIE MENAÇANTE MIMANT UN SCA ST+ TRAITEE MEDICA- LEMENT**

AUTEURS : GHZEL R\*, MRAD O ,KHROUF M, ADALA D, AMICHE S, METHAMEM MEHDI

Service des urgences hôpital universitaire farhat hached sousse

**Introduction :** L'hyperkaliémie est un désordre métabolique rencontré dans de multiples situations pathologiques. Elle peut être menaçante, provoquer des troubles de l'excitabilité cardiaque entraînant des troubles du rythme potentiellement létaux. La mise en route d'un traitement rapide et efficace constitue une urgence vitale. On appelle « hyperkaliémie » une kaliémie ≥ 5,5 mmol.l-1 et « hyperkaliémie menaçante », une kaliémie ≥ 6,5 mmol.l-1 ou toute hyperkaliémie associée à des troubles du rythme cardiaque évocateurs pouvant même aller jusqu' à la fibrillation ventriculaire si le potentiel de membrane n'est pas rapidement stabilisé.

**Observation :** Nous rapportons l'observation d'un sujet de 80ans aux antécédents de diabète sous ADO et d'HTA sous IEC et ARAII , consultant les urgences pour dyspnée installée progressivement avec asthénie aigue .l'examen initial trouvait un malade polypneique, avec des signes de lutte, couvert de sueur , ne tolérait pas le décubitus et désaturait à 88% .Il avait un EHD stable avec une TA à 14/8 ,une FC à 65 bpm,des extrémités chaudes, des

OMI et des râles crépitants à l'auscultation pulmonaire. la GAD était à 5.45g/l. L'ECG objectivait des QRS larges avec un sus-décalage de ST en antéroseptal et un sous-décalage en latéral haut avec un BBG complet et des ESV en salves. un SCA à été suspecté tout en gardant dans l'esprit une éventuelle hyperkaliémie devant le terrain et l'aspect électrique. 10 ml de chlorure de calcium ont été administré immédiatement. la kaliémie initiale revenue à 8.7 mmol/l avec un chiffre de créatinine à 230 mmol/l, une acidose métabolique à 7.31 et des bicar à 18mmol/l. Le diagnostic d'une hyperkaliémie menaçante étant donc retenue, une séance d'hémodialyse était indiquée mais compte tenue de sa non disponibilité le malade était mis sous bicarbonate de sodium, insulinothérapie, des nébulisations de béta2mimétiques, des séances de CPAP avec du furosémide à forte dose. L'évolution était favorable avec disparition des ESV, normalisation des QRS au bout de 05 heures, déclenchement d'une diurèse et gestion de l'OAP. L'échographie rénale montrait des reins de néphropathie chronique sans obstacle et le diagnostic d'une hyperkaliémie iatrogène était retenu (IEC, ARAI, ADO). Le malade était déchargé du service des urgences au bout de 12heures après normalisation de la kaliémie puis référé à son néphrologue pour ajustement thérapeutique.

**Conclusion :** Les anomalies de la repolarisation sont fréquentes et alarmantes faisant craindre une maladie coronaire mais dans tous les cas, indépendamment de l'ECG, leur interprétation doit se faire dans le contexte clinique particulier du patient.

## **P161. UNE PANCREATITE AIGÜE REVELATRICE D UNE HYPERPARATHYROIDIE PRIMAIRE**

AUTEURS : SEDGHIANI I, HSSOUNA M \*, MHAJBA W, CHERIF M, EL HECHMI YZ, JERBI Z

*Département urgence-réanimation Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie*

**Introduction :** L'hypercalcémie représente un facteur de risque de la pancréatite aiguë avec une association entre 1 et 8% des cas selon les séries. La coexistence de l'hyperparathyroïdie primaire et la pancréatite aiguë a été largement rapportée dans la littérature, mais une relation de causalité reste controversée. Cette association présente des particularités diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 52ans, sans antécédent notable, admise pour douleurs abdominales et vomissements. L'examen à l'admission montre une sensibilité abdominale diffuse en particulier épigastrique. Le bilan biologique à l'admission met en évidence une hypercalcémie = 4,1 mmol/L et une lipasémie à 12 fois la normale réalisant un tableau biologique de pancréatite aiguë. L'ECG a montré un QT court. Une TDM abdominale a montré une pancréatite stade E de Balthazar avec nécrose intra-parenchymateuse massive de plus de 50%, des thromboses veineuses du tronc spléno-mésaraïque, des veines mésentériques supérieure et inférieure et de la veine splénique étendue. Le dosage de la parathormone a montré une valeur à 7 fois la normale et l'échographie cervicale a montré une masse cervicale parathyroïdienne. La prise en charge thérapeutique a comporté un traitement symptomatique incluant une alimentation parentérale et des antalgiques. La réhydratation, la mise sous diurétique et un traitement à base de biphosphonates ont permis une baisse de la calcémie à 2.9 mmol/l après 6 jours d'hospitalisation, avec une bonne évolution clinique. La patiente a été transférée par la suite au service d'endocrinologie pour complément de prise en charge.

**Conclusion:** L'hyperparathyroïdie primaire, cause curable de la pancréatite aiguë, doit être recherchée systématiquement devant toute hypercalcémie associée à une pancréatite aiguë.

## **P163. IMPACT DU BILAN HYDRIQUE SUR LA MORTALITE EN REANIMATION**

AUTEURS : B LAARIBI\*, I MEZGHANI, Y BEN AICHA, A BEN SOUSSI, S KAMOUN, S KOUBAJI, MS MEBAZAA

*Service d'Anesthésie-Réanimation-SMUR, Hôpital Mongi Slim, La Marsa*

**Introduction :** Le remplissage vasculaire reste la pierre angulaire dans le traitement des états de choc, en particulier ceux associés à une hypovolémie absolue ou relative. Les fluides utilisés semblent être à l'origine de dysfonctions d'organes d'une part du fait d'un apport excessif et de leur composition non physiologique en électrolytes (Besen BA. World J Crit Care Med. 2015; 4:116–129). Le but de notre étude était de déterminer l'impact d'un bilan hydrique positif sur la morbi-mortalité en réanimation.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients admis en réanimation entre le 1<sup>er</sup> juillet 2014 et le 30 Juin 2015 pour une durée supérieure à 48 h, pour une pathologie médicale, chirurgicale ou traumatologique. Les paramètres analysés étaient les caractéristiques démographiques, scores de gravité (SAPS II et APACHE II) à l'admission, durée d'hospitalisation, durée de ventilation mécanique, le recours à l'épuration extra rénale (EER), le score de RIFLE (le plus bas durant les 7 premiers jours d'hospitalisation), la mortalité et le bilan hydrique cumulé à J2, J7, J14, J21 et à la sortie.

**Résultats :** Pendant la période de l'étude sur 316 patients admis, 183 ont été inclus dans l'étude. Le taux de mortalité est de 41%. L'âge médian était de 52±21ans, le sex-ratio était de 61%, les scores SAPS II et APACHE II étaient respectivement de 49±17 et 19±9. L'incidence de l'état de choc septique, le recours aux catécholamines,

la durée de l'hospitalisation moyenne et la durée de la ventilation mécanique sont plus élevés dans le groupe des non survivants sans différence significative. Le recours à l'hémodialyse (1 vs 11 ;  $p=0.001$ ), le score de RIFLE (1 vs 2  $p=0.03$ ) et l'usage des diurétiques (7 vs 16 ;  $p=0.041$ ) étaient significativement plus élevés chez le groupe des non survivants. Le bilan hydrique cumulé (résumé dans le tableau 1) était significativement plus élevé dans le groupe des non survivants.

Tableau 1 : Bilan hydrique cumulé et survie.

	GROUPE : SURVIVANTS N=108	GROUPE : NON SURVIVANTS N=75	Valeur p
Bilan hydrique (ml)			
H48	1923±1575	3038±1235	0.024
J7	5663±2401	6947±3005	0.019
J14	4024±1986	4673±2265	0.033
J21	5042±1967	7243±3480	0.024
BH Total	4982±3087	9949±3665	0.021

**Discussion :** La balance hydrique maintenue à l'état physiologique grâce à l'axe hypothalamo- hypophysaire et rénal se voit perturbée par un excès d'apport en eau et en électrolytes conduisant à une congestion au niveau des organes notamment au niveau rénal où l'élévation de la pression veineuse centrale conduit à hypoperfusion rénale et diminution de l'excrétion de sodium (Knepper MA. N Engl J Med. 2015; 372:1349-58). L'effet délétère sur le rein dans notre étude rejoint les données de la littérature. Les dysfonctions d'organes liés à l'inflation hydro-électrolytique sont corrélées à une mortalité plus élevée.

**Conclusion :** L'effet délétère d'un remplissage vasculaire excessif et de l'accumulation des fluides n'est plus à démontrer chez les patients de réanimation. Le monitoring et la gestion des complications qui en découle reste un problème dans la pratique quotidienne courante, des essais cliniques randomisés intégrant des stratégies de remplissage plus restrictives demeurent nécessaires pour améliorer la prise en charge des patients.

## P164. ETUDE COMPARATIVE DES PRÉLÈVEMENTS URINAIRES SUR ÉCHANTILLON ET DES PRÉLÈVEMENTS DES 24 HEURES EN MILIEU DE RÉANIMATION

AUTEURS : BAROUDI J<sup>(1)\*</sup>, BEJI O<sup>(1)</sup>, ATIG R<sup>(1)</sup>, SBOUI G<sup>(1)</sup>, SAID W<sup>(2)</sup>, ROMDHANI S<sup>(1)</sup>, MEJRI O<sup>(1)</sup>, BOUSLAMA A<sup>(2)</sup>, HMOUDA H.

<sup>1</sup> Service réanimation médicale Sahloul.

<sup>2</sup> Service biochimie Sahloul

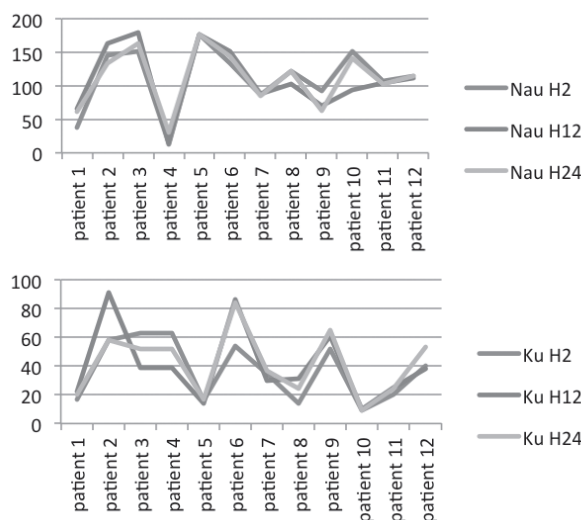
**Introduction :** L'hyponatrémie, l'hypokaliémie et l'hypomagnésémie sont des désordres métaboliques fréquents en réanimation et leur étiologie constituent une préoccupation majeure pour les réanimateurs surtout dans l'urgence. Dans la démarche diagnostique, très souvent, on a recours aux dosages urinaires sur échantillon comme moyen simple et rapide d'interprétation, mais est-ce que ces derniers sont suffisamment fiables par rapport au dosage de référence des 24h.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive prospective incluant 12 patients hospitalisés en réanimation chez qui on a pratiqué des dosages urinaires multiples sur échantillons de 2 heures ; 12 heures, matin et soir avec une comparaison systématique avec les dosages des 24 heures. Pour chaque patient, les métabolites dosés étaient Na ; K ; Urée ; Créat ; protéines ; Ca ; phosphates ; acides urique et Mg. Les patients en insuffisance rénale anurique ont été exclus.

### Résultats :

Paramètres cliniques	
Age	68ans
Sex- ratio	0.5
Hta	60%
Diabete	40%
Cardiopathie	30%
Néphropathie	30%
Bpco	20%
Insuffisance renale le jour du dosage	30%
Prises diuretiques	70%
Corticoides	50%
Inotropes	30%
Ventilation mecanique	30%
Choc septiue	4
Noyade	1
Bpco décompensé	2
Avc	3





Analyse comparative des prélèvements urinaires pour le sodium et le potassium:

**Discussion :** Les dosages urinaires sur échantillons sont revenus conformes avec les dosages des 24 heures pour tous les métabolites urinaires et ceci était indépendant du terrain ; de l'apport en électrolytes ; du traitement déplétif ou non ; du régime et même de la gravité clinique. Il n'y avait pas de différences significatives entre les dosages faits sur échantillons de 2 heures ou de 12 heures, ni de différences entre les dosages du jour ou de nuit. Certaines études avaient montré la supériorité des dosages nocturnes mais ceux-ci avaient été effectués chez des patients stables sans problèmes aigus. Notre étude est probablement la première qui a abordé la question de la fiabilité des dosages urinaires sur échantillon par rapport à ceux des 24 h chez les malades hospitalisés en réanimation mais ce ne sont que des résultats préliminaires sur une petite cohorte de patient, reste donc à élargir notre population d'étude.

**Conclusion :** Le dosage des métabolites sur les urines des 24 heures est le gold standard en terme de fiabilité mais son estimation sur un échantillon reste possible, rentable et surtout fiable, même en milieu de réanimation.

## P165. DIABETE INSIPIDE CENTRAL ET MYASTHENIE GRAVE: ASSOCIATION RARE

AUTEURS : M. FATNASSI\*, A. TRIFI, S. ABDELLATIF, F. DALY, M. OUESLATI, R. MANNAI, M. BOUZIDI, R. NASRI, S. BEN LAKHAL

Service de réanimation médicale. CHU la Rabta Tunis, Tunisie

**Introduction :** Le diabète insipide central (DIC) est une pathologie rare de prévalence à 1/25 000. Ses causes sont multiples et variées : neurochirurgicale (40%) : chirurgie hypophysaire ou les tumeurs intracrâniennes. Mais la forme idiopathique rapportée par la littérature est considérable et estimée à 40%. Le DIC est rarement associé aux granulomatoses et aux infections. Exceptionnellement, il a été décrit au cours des maladies de système et certaines affections auto-immunes (thyroïdite de Hashimoto, vitiligo et maladie cœliaque) (1,2). Nous rapportons le cas d'un DIC chez un patient en poussée grave de myasthénie.

**Observation :** Mr HN, âgé de 55ans aux antécédents de malformation artério veineuse opéré au jeune âge et d'une myasthénie de découverte récente. Admis en réanimation pour poussée aiguë grave de myasthénie avec atteinte diaphragmatique. Il a été intubé, ventilé et traité par immunoglobulines relayé par corticothérapie. L'amélioration n'était pas franche ; dépendance à la VMC et persistance de la poly neuropathie. Au cours de son hospitalisation, il a développé une polydipsie et sensation de soif intense avec une polyurie hypotonique à 4l/j. A la biologie une hyper-osmolarité plasmatique à 310 mosm/l, hypo-osmolarité urinaire a 280 mosm/l avec un ratio osm plasmatique/osm urinaire <1 et une densité urinaire à 1010. Absence d'hyperglycémie ou d'hypercalcémie infirmant l'origine osmotique de la polyurie. De même, absence de stigmates biologiques d'insuffisance surrénalienne aiguë (ISA). La restriction hydrique était délétère (instabilité de l'état hémodynamique). D'où le traitement par ADH synthétique a été instauré: minirin spray à la dose de 20µg×3/j. L'évolution était favorable avec diminution de la diurèse et correction des osmolarités plasmatiques et urinaires.

**Discussion :** Le diagnostic de DIC associé à une forme grave de myasthénie a été retenu devant l'infirmité des étiologies les plus fréquentes de la polyurie en réanimation la polyurie osmotique et l'ISA. Mais c'est essentiellement, l'amélioration sous desmopressine qui a permis de conforter cette hypothèse. L'association DIC et maladie auto-immune est très rare certes mais probablement sous estimée. Le diagnostic se pose sur le syndrome polyuro-polydipsique avec hyperosmolarité plasmatique et hypo-osmolarité urinaire, une hyper natrémie mais une natrémie normale peut se voir si l'intégrité des osmorécepteurs et du centre de la soif est conservée (cas de

notre malade), une réponse favorable à la desmopressine avec réalisation d'une IRM cérébrale à visée étiologique objectivant des anomalies de signal post hypophysaire (3). Dans notre observation, l'IRM hypophysaire n'a pas pu être réalisée devant la présence de clips métalliques.

**Conclusion :** DIC/myasthénie grave est une association rare de deux raretés pathologiques. Le lien de causalité n'est pas bien élucidé jusqu'à nos jours. Association à ne pas méconnaître car seule la supplémentation par ADH synthétique permet de corriger les perturbations hydro électrolytiques, élément crucial dans l'évolution des malades de réanimation.

## **P166. ACIDOSE METABOLIQUE REVELANT UNE HYPOTHYROIDIE AUTO IMMUNE ET UNE ANEMIE DE BIERMER**

AUTEURS : KAMEL MAJED, RAMLA BACCOUCHE\*, KHEDIJA ZAOUCHE, SOUIDETTE MOUHAMADOU, ASMA BEN HMIDA, HAMIDA MAGHRAOUI, CHOKRI HAMMOUDA, NEBIHA BORSALI FALFOUL.

*Urgence la Rabta*

**Introduction :** L'analyse des gaz du sang est une étape indispensable dans certains diagnostics. Nous illustrons à travers ce cas clinique l'intérêt de l'analyse de la gazométrie dans le diagnostic d'une tubulopathie entrant dans le cadre d'une pathologie auto-immune.

**Cas clinique :** Il s'agissait d'une patiente de 46ans aux antécédents d'hypothyroïdie sous traitement substitutif qui a consulté aux urgences pour une dyspnée, une asthénie associée à des paresthésies et des lombalgies le tout évoluant depuis un mois. A l'examen, on a trouvé une patiente apyrétique, polypnéique à 26 cpm sans signes de lutte, tachycarde à 110 bpm, une tension artérielle à 120/65 mmHg, une auscultation cardiopulmonaire normale, un examen neurologique et abdominal sans anomalies. A l'ECG, une tachycardie sinusale à 110bpm a été objectivée avec un sous décalage de 1 mm en inféro-latéral. À la biologie, on a noté une hyponatrémie à 129 mEq/l, une hypokaliémie à 3,3 mEq/l, une fonction rénale normale et des troponines négatives. L'hémogramme a montré une anémie macrocytaire avec une Hb à 9,1 g/dl, un VGM à 111,9 µ, une TCMH élevée à 37, une CCMH à 33,3 g/dl. La gazométrie artérielle a montré une acidose métabolique à trou anionique (TA) élevé à 19,8 avec des bicarbonates ( $\text{HCO}_3^-$ ) à 14,5 mEq/l avec un rapport DTA/DRA à 0,4 concluant à une acidose combinée avec un trou anionique urinaire positif. Devant l'anémie macrocytaire, un dosage de la vitamine B12 a été effectué confirmant la carence qui aurait été en rapport avec la présence d'anticorps anti-facteur intrinsèque. L'association d'une tubulopathie, d'une acidose métabolique, d'un syndrome de Gougerot sjogren a été suspecté mais l'examen ophtalmo et la biopsie labiale étaient normaux. L'enquête étiologique a été complétée par un dosage des anticorps antinucléaires et les anticorps anti thyropéroxydase, elle était en faveur d'une thyroidite auto-immune sans qu'une connectivite ne soit objectivée.

**Conclusion :** Les aspects cliniques révélateurs de maladie auto-immune sont variés, l'hypokaliémie avec acidose révélatrice d'une tubulopathie en est un et doit faire rechercher l'étiologie de fond

## **P167. HYPOPHOSPHOREMIE SEVERE : TROUBLE METABOLIQUE GRAVE A NE PAS MECONNAITRE EN REANIMATION**

AUTEURS : H.BRAHMI, J.GUISSOUMA, H.GHADHOUNE, A.BENSLIMENE\*, E.RACHDI, W.AZAZA, M.SAMET, H.ELGHORD

*Service de réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa Bizerte*

**Introduction :** l'hypophosphorémie (HP) modérée est un trouble métabolique assez fréquent chez les patients de réanimation avec une prévalence de 26%. Les HP profondes, moins fréquentes 4 à 8%, aggravent le pronostic vital en raison de leurs retentissements essentiellement hémodynamique, neurologique et respiratoire. Nous rapportons le cas d'une HP sévère symptomatique survenue en post opératoire.

**Observation :** Mme B.A âgée de 41 ans aux ATCDs de diabète type 1 a été opérée pour occlusion intestinale aiguë avec nécrose intestinale. Elle a eu une résection intestinale de 40cm avec anastomose iléo-iléale. Les suites opératoires étaient simples et la patiente était mise sortante à J4 post opératoire sous anticoagulation préventive. La patiente a reconulté le jour même les urgences pour dyspnée d'aggravation progressive. A l'examen : patiente apyrétique, obnubilée dyspnéique  $\text{SpO}_2 = 82\%$  à l'AA, auscultation pulmonaire normale, signes périphériques de choc avec PA= 78/54 mmHg, abdomen sensible dans son ensemble. La biologie d'urgence a révélé une acidose métabolique sévère avec une hypoxémie ( $\text{pH}=7,06$ ;  $\text{PaCO}_2 = 20$  mmHg ;  $\text{HCO}_3^- = 6$  mmol/l ;  $\text{PaO}_2 = 48$  mmHg), une hyperleucocytose à 21450 el/mm<sup>3</sup>, une CRP à 21mg/l, fonctions rénale et hépatique normales. La conduite thérapeutique en réanimation était : la ventilation mécanique, la mise en place d'une voie veineuse centrale, une expansion volémique par des cristalloïdes puis l'introduction des drogues vasoactives (noradrénaline devant l'hypotension persistante) et une antibiothérapie empirique visant un sepsis nosocomial à BGN à point de départ digestif (après avoir réalisé des prélèvements bactériologiques). Une angioTDM thoraco-abdominale faite à l'admission a éliminé une embolie pulmonaire ou une collection intra-abdominale. Une laparotomie exploratrice faite le jour de

L'admission a retrouvé des intestins macroscopiquement sains sans lâchage de l'anastomose. A j2 : survenue de deux crises convulsives tonico-cloniques généralisées motivant la pratique d'une ponction lombaire revenue normale. Par ailleurs devant l'acidose métabolique sévère et persistante deux séances d'hémodialyse ont été réalisées (avec amélioration du taux des bicarbonates de 6mmol/l à 24mmol/l). Devant l'instabilité hémodynamique nécessitant l'augmentation des doses de la noradrénaline on a opté à l'élargissement du spectre de l'ATB (adjonction d'un antistaphylocoque et d'un antifongique). A j3 une HP sévère à 0.26 mmol/l (valeur normale=0.87 à 1.45 mmol/l) a été découverte impliquant une supplémentation énergétique ramenant la phosphorémie à 1mmol/l. La correction de ce trouble métabolique a permis une stabilisation de l'état hémodynamique et sevrage de la noradrénaline ainsi que le sevrage de la ventilation mécanique au bout de 24 heures. La patiente a été mise sortante à j9.

**Discussion:** Le phosphore est un élément minéral indispensable au fonctionnement cellulaire. Le mécanisme de l'HP est plurifactoriel que ce soit en rapport avec une HP de déplétion (carence d'apport ou perte prolongée) ou une HP de transfert (alcalose respiratoire ou insulinothérapie). C'est un trouble métabolique fréquent chez les patients de réanimation. Les manifestations cliniques de l'HP sévère sont graves.

**Conclusion :** Devant un état de choc persistant malgré une prise en charge optimale il faut toujours chercher une hypophosphorémie associée dont le diagnostic précoce et la correction rapide sont impératifs afin d'améliorer le pronostic.

## **P168. OBESITE ET MORBI-MORTALITE EN REANIMATION POLYVALENTE**

AUTEURS : SAWADOGO P\*, KOUBAJI S, KAMOUN S, BOUSARSAR Y, LAARIBI B, MEZGHANNI I, JERIBI B, MEBAZAA MS

*Hôpital Mongi Slim Réanimation*

**Introduction :** L'obésité est un problème de santé publique majeur. En Tunisie, l'enquête de Said HAJEM trouve une prévalence de 14, 2% en 2001 dans la population générale avec une nette progression à 23,8% selon OMS. Cette augmentation de la population obèse s'accompagne donc d'une proportion plus élevée de patients obèses hospitalisés notamment en réanimation. Les auteurs sont partagés sur l'impact de l'obésité sur la morbi-mortalité des patients de réanimation. Le but de notre étude est de déterminer s'il existe une corrélation entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le devenir du patient en réanimation.

**Matériel et méthodes:** Etude rétrospective sur dossier du 01/09/2014 au 31/08/2015 dans le service de réanimation polyvalente du CHU Mongi Slim de la MARSA. Nous avons classé les malades selon leurs IMC en non obèse < 25 kg/m<sup>2</sup>, pré obèse de 25 – 29 kg/m<sup>2</sup>, et obèse > 30 kg/m<sup>2</sup>.

**Résultats (Résultats préliminaires des 50 premiers patients) :** Dans notre unité, sur 52 dossiers exploitables (poids et taille à l'entrée mentionnés) nous comptons 46% de non obèses, 36% de pré-obèses et 22% de patients obèses. Bien que la mortalité prédite par le score APACHE ait été globalement la même dans les trois groupes, la mortalité prédite était bien plus élevée dans le groupe pré-obèse et dans le groupe obèses par rapport aux patients à IMC < 25 : respectivement à 44,4%, 54,5% et 17%. La durée du séjour ainsi que la durée de la ventilation mécanique ont été plus longues dans le groupe de patients pré-obèses que dans les deux autres groupes.

**Discussion :** Les études sur l'impact de l'obésité sur la mortalité en soins intensifs sont à ce jour contradictoires. En effet, certaines équipes retrouvent une augmentation de la durée du séjour et de la ventilation mécanique mais sans impact significatif sur la mortalité. Ce « paradoxe » serait expliqué par le rôle endocrine de l'adipocyte et / ou par l'élévation du HDL cholestérol (1).

**Conclusion :** Devant l'explosion de l'obésité dans le monde, le nombre de malade en surcharge pondérale que le réanimateur est amené à prendre en charge ne peut qu'augmenter. Il est donc important de comprendre les spécificités de ce terrain ainsi que leur impact sur le pronostic des malades en situation critique.

**Références :** 1 - Obesity in intensive care unit, definition, epidemiology, prognosis. C. Goulenoka\*, A. Carioub, Réanimation 15 (2006) 421–426

## **P169. HEMODIALYSE EN REANIMATION : ETUDE DESCRIPTIVE**

AUTEURS : A. BEN JAZIA, A. JAMOUISSI, T. MERHEBENE, D. LAKHDHAR, J. BEN KHELIL, M. BESBES

*Hôpital Abderrahmen Mami, Réanimation respiratoire*

**Introduction :** L'insuffisance rénale en réanimation est un problème fréquent et grave. En fonction des critères diagnostiques, la prévalence varie de 1 à 25% avec une mortalité hospitalière entre 28 et 90% (1). Les principes et les modalités de l'hémodialyse (HD) en aigu et en chronique sont identiques. Cependant, les caractéristiques du patient de réanimation obligent à réévaluer chaque jour les indications de l'HD, ainsi que ses modalités en termes de dose, de soustraction volémique et d'anticoagulation. Une situation hémodynamique instable impose une surveillance accrue durant le traitement. L'objectif de ce travail est de décrire la technique, les principes et les paramètres de la séance d'HD. Evaluer l'efficacité des séances faites dans notre service par rapport aux normes.

**Matériels et méthode :** Il s'agissait d'une revue rétrospective descriptive de fiches de surveillance des séances d'hémodialyse réalisées chez des patients âgés de plus que 17ans et hospitalisés au service de réanimation médicale de l'hôpital Abderrahman Mami de l'Ariana entre avril 2011 et aout 2015. Ces fiches ont été remplies de façon prospective pour chaque séance d'HD. Pour chaque malade, nous avons recueilli des données cliniques et para-cliniques. L'efficacité de la séance a été évaluée selon les recommandations par le taux de réduction de l'urée : urée pré-dialyse – urée post dialyse/urée pré-dialyse.

**Résultats :** Au cours des 5 années de l'étude nous avons colligé 330 fiches de surveillance pour 330 séances d'HD. La séance d'HD était indiquée 218 fois pour une anurie dont 43 fois chez des malades insuffisants rénaux chroniques (IRC) ; 40 fois pour OAP dont 12 chez des IRC; 17 fois pour hyperkaliémie dont 4 chez des IRC et 34 fois pour une acidose métabolique avec ou sans hyperkaliémie dont 6 chez des hémodialysés chroniques. Le débit moyen de la pompe était de 183,83 ml/min [98-294]. La température du dialysat variait entre 35 et 37 °C avec une moyenne de 35,82. La moyenne de l'UF prévue était de 1231,7ml /h [0-6000 ml] alors que la moyenne de l'UF totale réalisée était de 1754 ml. La durée moyenne prévue pour la séance était de 281±62minutes contre une durée effective de 265,8 ± 69,5minutes. Une anti-coagulation a été administrée dans 95% des cas. Il s'agissait d'un rinçage par de l'héparine standard dans tous les cas avec une dose moyenne de 41,373mg. L'accès vasculaire a été précisé 313 fois, il s'agissait d'un cathéter dans 97,76% des cas dont 71,88% par voie fémorale et 25,87 par voie jugulaire essentiellement droite 89%. L'âge moyen des désilets était de 1,613 jours. Sept malades ont été dialysés à travers une fistule artérioveineuse. Le recours aux cathécolamines a été nécessaire 40 fois (12%). Le taux moyen de réduction de l'urée était de 48,7±14,2. Seules 29,21% des séances d'HD étaient efficaces avec un taux de réduction de l'urée ≥ 60.

**Conclusions :** L'efficacité des séances d'HD en réanimation est faible (29,2%). Une analyse des facteurs prédictifs d'inefficacité des séances d'HD est prévue afin d'améliorer nos résultats.

**Références bibliographiques :** (1) Revue Médicale Suisse – www.revmed.ch – 25 février 2009

## **P170. DUODENOPANCREATECTOMIE CEPHALIQUE ET DECOMPENSATION ACIDO-CETOSIQUE ET HYPEROSMOLAIRE DU DIABETE : COMMENT LES PREVENIR**

AUTEURS : BAROUDI J\*, BÉJI O, ATIG R, SBOUI G, BOUJI N, ROMDHANI S, MÉJRI O, HMOUDA H.

*Service réanimation médicale Sahloul*

**Introduction :** Le cancer de pancréas est connu de très mauvais pronostic même après une résection chirurgicale complète. Deux types d'opération sont utilisés en fonction du siège du cancer: la duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC) et la pancréatectomie gauche. Le risque à moyen terme est celui de l'apparition d'un diabète. Celui-ci est normalement peu fréquent après chirurgie de la tête du pancréas (0-10%), mais quand il survient, il peut revêtir une forme grave comme l'illustre cette observation.

**Observation :** Mr XY âgé de 63ans aux antécédents de diabète de type 2, depuis 10ans sous antidiabétiques oraux, opéré en avril 2015 pour un cancer du pancréas (DPC) et mise sous chimiothérapie. Admis au service de réanimation pour une décompensation acido-cétosique grave avec à l'examen initial : un patient apyrétique avec un GCS à 13, une somnolence extrême, une confusion sans signes déficitaires, une respiration de Kussmaüll avec SpO<sub>2</sub> AA : 100%, une auscultation pulmonaire normale, PA 118mmHg. GAD>5g/l, une glucosurie et une acétonurie importante. Sur le plan biologique : glycémie à 35 mmol/l K à 3.9mmol/l ; GDSA : acidose métabolique sévère ; Ph à 6.99 ; PCO<sub>2</sub>: 9mmHg; PaO<sub>2</sub>: 160 mmHg; HCO<sub>3</sub> : 3mmol/l. Na : 138 mmol/l; Osmolarité 298mosm/l ; insuffisance rénale aigue fonctionnelle: créat :125 urée :12.2mmol/l. Le reste de l'examen était sans anomalie. Un protocole de réhydratation et une insulinothérapie IV ont permis la correction des troubles métaboliques.

**Commentaires :** Le diabète apparaît classiquement après exérèse de plus de 80% du pancréas. Dans les pancréatectomies partielles : le risque de diabète sera fonction de la zone retirée et de l'état du parenchyme restant. Il existe ici un double déficit hormonal avec surtout un risque d'hypoglycémies sévères et prolongées. La résection pancréatique d'une DPC représente 30 à 40% du volume parenchymateux et un pourcentage faible d'îlots de Langherans qui sont préférentiellement localisés à gauche. MAIS ce risque présumé faible, devient significatif si le patient est antérieurement diabétique d'ou l'utilité de mettre systématiquement ces patients sous insuline en post opératoire et ce, définitivement.

**Conclusion :** Les complications hyperglycémiques du diabète en post-chirurgie pancréatique peuvent menacer le pronostic vital, sur un terrain déjà affaibli (dénutrition, chirurgie, chimiothérapie) elles sont caractérisées par une difficulté d'équilibration. D'ou l'utilité en amont, de faire, chez tout patient en post-opératoire, un suivi strict et régulier et d'indiquer précocement une insulinothérapie au besoin.



## **P171. EUTHYROID SICK SYNDROME (ESS) IN SEVERE ACUTE DISEASE: REPORT OF TWO CASES.**

AUTEURS : ELASKRI.H; BEN GABSIA.A; BECHIOU.L\*; LEBBI.A; LABBEN.I; FERJANI.M

*Département d'anesthésie réanimation, hôpital militaire de Tunis, Pr Ferjani.M*

**Introduction:** ESS remains always an underestimated disease. We report the cases of 02 admitted patients in two different ICUs, whose clinical presentations were almost similar and whose diagnosis and treatment participated in healing.

**Observation 1:** 80 years female with history of hypertension and arrhythmia was admitted for an acute intestinal occlusion, the cause was a right colon tumor. The operation; which lasted 11 hours was without incidents, and no blood was required. Patient was transferred to ICU. The extubation was performed 02 hours after; but patient was intubated again 24 hours later due to ARDS. Later; multiple pneumonias complicated by ARDS and left pulmonary atelectasis; resistant to ventilatory treatment and fibro-aspiration with multiple septic shocks, difficulty of ventilation withdrawal, tracheostomy, a significant mucocutaneous infiltration with muscular hypotonia and increased time of osteotendinous reflexes, and multiple bedsores and delayed wound healing, biologically hypoalbuminemia 9mg / l, anemia 7g/dl with hematocrit 22mg / dl. A dosage of thyroid hormones showed: FT4: 0.7 ng / ml (0.9 to 2.4) and TSH $\mu$ s 0.11 ng / ml (0.25 to 4). ESS type 2 was suspected and a dosage of cortisol which came back normal. Thyroid supplementation was started (12.5 mcg every 3 days). The evolution was marked by a catecholamine withdrawal within 24 hours, a regression of left lung atelectasis in 48 hours, with a ventilatory support withdrawal in 96 hours and complete resorption of edema and recovery of muscle tone. Biologically, a partial correction of hypoalbuminemia to 20mg/ml after 7 days and hemoglobin levels to 9g/dl. Resuscitation discharge was possible ten days after introduction of thyroid hormones.

**Observation 2:** 18 months infant was admitted in ICU after large vessels transposition (the intervention of Blalock-Hanlon). The child had no history aside retarded growth to -4DS and retarded psychomotor acquisitions. The operative course was normal and 150 ml of blood were required, then the child was transferred to the pediatric ICU. The postoperative period was marked by a hypoxic pneumonia with a septic shock, requiring intubation and catecholamine instauration. Several pneumonias occurred causing multiple septic shocks which caused a left pulmonary atelectasis resistant to the ventilatory treatment and fibro-aspiration with catecholamine dependence and ventilation assistance. A mucocutaneous infiltration with hardback members, generalized muscle hypotonia with loss of osteotendinous reflexes, unreactivity and obnubilation. A dosage of thyroid hormones has showed: FT4 1.2 ng / ml (0.9 to 2.4) and TSH $\mu$ s 0.21 ng / ml (0.25 to 4 ng / ml). Cortisol dosage came back normal. The diagnosis of ESS type1 was suspected, and the patient was put under thyroid hormones supplementation. Withdrawal of catecholamine was after 24 hours, improvement of consciousness, disappearance of the left pulmonary atelectasis in 48 hours and withdrawal of the mechanical ventilation support after 72 hours, complete resolution of skin edema infiltration and recovery of active muscle tone with recurrence of osteotendinous reflexes after 96 hours, recovery of an effective oral feeding after a week with speech recovery (mom, Dad), hunger weeps and reactivity to toys with ICU discharge 8 days later.

**Discussion:** Despite the differences; the clinical features presented by our patients seems similar. Biologically, the only difference is the serum Ft4 levels used to differentiate types of the syndrome. The dosage of rt3 fraction was not possible because of technical difficulties in our laboratory. The supplementation with thyroid hormones for the ESS patient is still controversial between beneficial, useless or harmful, but appears to be beneficial in our study subjects.



## THEME : TOXICOLOGIE

### **P172. ANALYSE DES APPELS DU CENTRE ANTI POISON DE TUNIS DURANT LA SAISON ESTIVALE 2015**

AUTEURS : JENDOUBI A, DIMASSI Y\*, ABIDI A, LAMOUCI M, MHAMDI A, AISSAOUI S, MANAI E, THABET H

*Service des Urgences du CAMU*

**Introduction :** La principale activité du Centre Antipoison est d'assurer 24/24, 7 jours par semaine une permanence d'information toxicologique en urgence accessible au public, aux médecins et aux autres professionnels de la santé en Tunisie. Pour chaque appel, un avis rapide et adapté est donné sur la gravité potentielle de l'intoxication, les symptômes possibles et les mesures à prendre. Les appels concernent une grande variété d'agents tels que médicaments, produits d'entretien, pesticides, biocides, cosmétiques, drogues, plantes, animaux, denrée alimentaires ou produits chimiques. Durant la saison estivale il y a une recrudescence des cas d'intoxication aiguë sous toutes ses formes.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant les appels reçus dans notre centre anti poison de juin 2015 au mois d'août 2015.

**Résultats :** Durant les mois de juin/juillet/août 2015 le nombre d'appels reçus était de 129 appels. L'âge moyen des patients était de 10ans pour des âges extrêmes allant de 1 an à 81 ans. Le sex-ratio était de 0.85. La répartition géographique des appels téléphoniques était dominée par le nord-ouest de la Tunisie qui totalisait 24% des appels suivi de l'hôpital d'enfants de Tunis avec 21% des appels, le grand Tunis avec 11% des appels puis la région du Cap Bon avec 18.6%, Bizerte 10% des appels, Le grand Sahel 6% des appels et enfin le Sud tunisien avec 4.7% des appels. L'interlocuteur principal était représenté par un résident ou interne en médecine dans 63.6% des cas, un médecin de la santé publique dans 31.8% des cas, les médecins spécialistes dans 2.3% des cas et enfin les citoyens dans 2.3% des cas. L'exposition était accidentelle dans 59% des cas et volontaire dans 41%. Le délai de consultation était de 3 heures avec des extrêmes allant de 15 minutes à 120 heures. Il s'agissait d'une mono-intoxication dans 81% des cas. Les toxiques les plus incriminés étaient les insecticides (15.5%), les anxiolytiques (10%), les neuroleptiques au même titre que les antalgiques et les caustiques (8.5%), les envenimements (5.4%), et enfin les antidépresseurs et antiépileptiques (4.3%). Les anti-hypertenseurs représentent 2.3% des cas colligés.

**Conclusion :** L'analyse des différentes caractéristiques des appels reçus au centre anti poison est fondamentale dans l'optique d'amélioration de la gestion de ces appels afin de garantir une prise en charge optimale du patient en milieu hospitalier. Les différents caractères épidémiologiques qui découlent de ces études permettent de renforcer le travail de prévention primaire afin de réduire considérablement à l'avenir l'incidence des intoxications.

### **P173. ANALYSE DES ENVENIMENTS DURANT LA SAISON ESTIVALE 2015**

AUTEURS : JENDOUBI A, DIMASSI Y\*, ABIDI A, MHAMDI A, AISSAOUI S, MANAI E, THABET H

*Service des Urgences du CAMU*

**Introduction :** L'envenimation par les animaux terrestres est l'ensemble des symptômes secondaires à l'inoculation à l'homme de venins d'animaux terrestres. Ce sont souvent des accidents dramatiques. La seule thérapeutique spécifique est l'immunothérapie anti venimeuse. Ce sont des endémies largement sous estimées en raison de l'absence de données épidémiologiques indiscutables. Ainsi dans notre pays c'est considéré comme un problème de santé publique.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant les envenimements qui ont consulté nos urgences de mois de mai au mois de septembre 2015.

**Résultats :** Deux cent trente-quatre patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen des patients était de 34ans +/- 16ans pour des extrêmes allant de 14 à 90ans. Le sex ratio est de 1.35. La répartition des envenimements selon les mois était comme suit 13% au mois de mai, 18% au mois de juin, 22% au mois de juillet, 29% au mois d'août et 16% au mois de septembre. Le délai de consultation était de 3 heures en moyenne [0.5heure-160heures] et 30% des consultants étaient adressés par une autre urgence. Le type d'envenimation est dominé par les scorpions avec 24.6% des envenimements suivi des insectes au taux de 17.2% puis les serpents 13.4%, les araignées 12.7%, les abeilles 6% et enfin les vipères 1.5%. Sur le plan clinique, 42% des patients présentaient des signes inflammatoires locaux et 19% des signes inflammatoires régionaux. Les manifestations d'envenimements graves se sont déclarés chez 3 patients : une insuffisance cardiaque aigue et 2 syndromes des loges. Deux patients ont bénéficié d'une vaccination anti vipérine et aucun n'a reçu de sérum anti scorpionique. Le pourcentage d'admission en réanimation était de 3.7%.

**Conclusion :** Les envenimements sont un réel problème de santé publique en Tunisie durant la saison estivale. Les complications qu'elles peuvent engendrer peuvent être fatales et nécessitent une prise en charge adéquate, ainsi un vrai travail de prévention primaire est à entreprendre durant cette saison dans les zones rurales notamment pour réduire l'incidence de ces envenimements et des complications qui en découlent.

## **P174. INTOXICATION AIGUE PAR INHALATION DE PHOSPHURE D'ALUMINIUM REVELANT UNE BICYTOPENIE**

AUTEURS : JENDOUBI A, DIMASSI Y\*, ABIDI A, LAMOUCHE M, MANAI E, MHAMDI A, AISSAOUI S, THABET H

*Service des Urgences du CAMU*

**Introduction :** Le phosphore d'aluminium est un pesticide fumigeant utilisé en agriculture dans la protection des grains et des denrées alimentaires. Plusieurs travaux relatant une intoxication aiguë par ingestion de phosphore d'aluminium ont été rapportés mais les cas d'intoxication par inhalation de ce produit restent très peu documentés dans la littérature. Nous en rapportons ainsi un cas.

**Observation :** Mlle G.M. Âgée de 23 ans hygiéniste de profession a consulté nos urgences 9 heures après l'inhalation de phosphore d'aluminium sur son lieu de travail, sans rapporter aucun signe fonctionnel pathologique. L'examen clinique à H9 montre une patiente consciente, GCS à 15/15, eupnéique, PA à 10/7, FC à 82bpm. A la biologie elle présentait une bi-cytopenie avec GB à 2750 ele/mm<sup>3</sup>, plaquettes à 141000 =, Hb à 11.9 g/dl. Par ailleurs glycémie à 5.91 mmol/l, créatinine à 70 µmol/l, ionogramme correct, ASAT à 32UI/l, ALAT à 48 UI/l, CPK à 98UI/l et LDH à 208UI/l. Le bilan de contrôle à J2 montre une aggravation de la bi-cytopenie avec GB à 1890 ele/mm<sup>3</sup> et plaquettes à 130000 ele/mm<sup>3</sup>. Le myélogramme effectué a montré : mégacaryocyte présents avec 53% de granuleux, 31% d'érythroblaste, 10% de lymphocytes, et 6% plasmocytes. Moelle polymorphe, équilibrée. Lignée granuleuse représentée à tous les stades de maturation. Lignée érythroblastique bien représentée. Plasmocytose modérée. L'évolution a été marquée par l'absence de survenue ultérieure de signes fonctionnels ou cliniques en rapport avec cette intoxication aiguë et une NFS de contrôle faite à J20 montre une correction totale avec GB à 4170 ele/mm<sup>3</sup>, Hb à 13 g/dl, plaquettes à 206000.

**Conclusion :** Ainsi les intoxications aiguës par inhalation de phosphore d'aluminium restent des accidents aussi graves que les ingestions et qui nécessitent aux urgences toute l'attention nécessaire pour dépister les différentes atteintes qui en résultent et notamment hématologiques. Enfin l'intérêt capital réside dans la prévention et sensibilisation du public quant à la toxicité de ce produit.

## **P175. INTOXICATION PAR LE METHOMYL COMPLIQUÉE D'UNE PANCRÉATITE AIGUE**

AUTEURS : B HADJ ALI M\*, MEKKI M, GUERBOUJ Y, B KAHLA N, SAYHI A, B MEFTEH N, KHELIL A.

*Service des Urgences- SMUR Hôpital Maamouri Nabeul Tunisie*

**Introduction :** L'intoxication par les inhibiteurs des cholinestérases peut se compliquer d'une pancréatite aiguë en plus des signes habituels. Nous rapportons l'observation d'un patient admis dans la SAUV pour intoxication aiguë volontaire à la méthomyl.

**Observation :** Mrs A l'âge de 25 ans sans antécédents pathologiques notables consulte nos urgences suite à une intoxication par lannate. L'examen à l'admission trouve : GSC 15 /15, tachycardie, myosis serré, TA=150/80 mmhg avec notion de vomissements, de diarrhée et d'épigastrie. Le reste de l'examen est sans particularités. L'ECG a objectivé une tachycardie sinusale sans trouble de la repolarisation. La biologie (bilan rénal, bilan hépatique) était normale. Le patient était mis sous atropine avec réhydratation, mopral et primpéran. L'évolution était marquée par la régression du myosis et de la tachycardie et la persistance des épigastries malgré l'administration des IPP avec sensibilité abdominale (24 h après l'intoxication). Un deuxième bilan biologique a été demandé et a noté une hyperamylasémie à 977 U/L, une ASAT à 88 U/L, une ALAT à 20 U/L et une glycémie à 6,8 mmol/l. Le diagnostic de pancréatite aiguë a été posé puis confirmé par une TDM abdominale. Le patient a été transféré par la suite au service de CAMU pour complément de prise en charge. Son évolution a été favorable. Le patient a été mis sortant à J5 d'hospitalisation.

**Conclusion :** Devant toute intoxication aux inhibiteurs des cholinestérases un bilan pancréatique doit être pratiqué systématiquement à la recherche d'une pancréatite. En effet, les épigastries sont souvent mise sur le compte du syndrome muscarinique.

## **P176. MYIASE DU CUIR CHEVELU : UNE OBSERVATION EXCEPTIONNELLE AUX URGENCES ET EN REANIMATION.**

AUTEURS : BEN GHEZALA H\*, SNOUDA S, DAOUDI R, KADDOUR M.

*Service Universitaire des Urgences et de Soins Intensifs, Hôpital Régional de Zaghouan*

**Introduction :** les myiases sont des parasitoses dues au développement chez l'homme de larves de mouches qui peuvent être à l'origine de myiases cutanées ; sous cutanées ; cavitaires ; des plaies des conduits naturels. Les myiases du cuir chevelu ne sont pas exceptionnelles; elles se localisent souvent au vertex qui reste la partie la plus

exposée. L'objectif de ce travail est d'insister sur la nécessité d'un diagnostic positif et précoce et d'une prise en charge adaptée. Nous rapportons dans ce travail un cas exceptionnel de myiase survenant chez un enfant de six ans vu au service des urgences de l'hôpital régional de Zaghouan.

**Observation :** Il s'agit de l'enfant B.M de sexe masculin âgé de six ans habitant une zone rural à Ennadhour. L'histoire de la maladie remonte à deux semaines marquée par l'apparition d'une plaque de 2cm de diamètre au niveau de cuir chevelu surinfectée avec chute de cheveux négligée par la mère. L'évolution est marquée par l'installation de deux furoncles surinfectés et douloureux du cuir chevelu accompagnés de la sensation << quelque chose qui bouge à l'intérieur >> !

Puis ulcération de la lésion qui a donné issue à des larves. L'examen aux urgences trouve deux ulcérations de 03 cm et de 1.5 cm de diamètre délimitées par une base érythémateuse et laissent apparaître de nombreuses larves blanchâtres avec des crochets buccaux visiblement séparés, de couleur noirs. La conduite était de faire une extraction mécanique de toutes les larves par une pince stérile et le nettoyage de la plaie. Une antibiothérapie à large spectre [Amoxicilline +Acide clavulanique] était associée pour éviter la surinfection. L'évolution était favorable avec une cicatrisation définitive des ulcérations à J4.

**Conclusion :** La myiase de cuir chevelu est une affection parasitaire de diagnostic facile. Elle doit être évoquée devant tout furoncle qui ne guérit pas et devant la sensation de corps étranger mobile à l'intérieure. La prophylaxie des myiases reste le meilleur moyen de lutte par amélioration du niveau d'hygiène et de la protection des plaies. Notre observation est rare, très peu de cas ont été rapportés dans la littérature récente.

## **P177. INTOXICATION AIGUË PAR LES PESTICIDES : ETUDE DE 32 CAS**

AUTEURS : BEN GHEZALA H\*, SNOUDA S, DAUDI R, KADDOUR M

*Service Universitaire des Urgences et de soins intensifs, Hôpital Régional de Zaghouan*

**Introduction :** A Zaghouan, les intoxications aiguës par les raticides occupent une place importante dans l'activité du service universitaire des urgences et de soins intensifs. Cette constatation nous a poussées à réaliser un travail ayant comme objectif principal de dresser le profil épidémiologique des patients hospitalisés au service pour intoxication aiguë par un raticide.

**Méthodes :** Notre travail a consisté en une étude rétrospective menée sur une période d'un an entre janvier et décembre 2013. Nous avons inclus tous les patients hospitalisés en réanimation pour intoxication aiguë volontaire ou accidentelle par un raticide.

**Résultats :** 32 cas d'intoxications aiguës ont été inclus. Il s'agissait surtout de patients jeunes d'âge moyen 30+ 2ans avec une nette prédominance féminine (n=24 ; 75%). Le mode d'arrivée aux urgences était majoritairement non médicalisé (n=31 ; 91%). Le délai de moyen de consultation était de 2+ 2 heures. Les intoxications volontaires représentaient 62% des cas et les intoxications accidentelles 38% des cas (n=12). En ce qui concerne le diagnostic étiologique, l'intoxication par les organophosphorés anticholinestérasiques a occupé la première place avec 24 cas (75%). En deuxième place viennent les intoxications au chloralose avec 7 cas (22%). On a relevé un seul cas d'intoxication par un raticide anticoagulant. La voie d'intoxication orale a été prédominante avec 78% des cas (n=23). Parmi les 62% intoxications volontaires, les deux causes les plus répétées dans l'interrogatoire des patients sont un problème socio familial (n=14 ; 63%) et un conflit psycho affectif (n=3 ; 14%). Sur le plan clinique, 10 patients (31%) n'avaient aucune détresse vitale à l'admission. 22 soit 69% des patients inclus présentaient les détresses vitales suivantes : un état de choc (n=9; 28%), une urgence métabolique (n=8 ; 25%), une détresse respiratoire ou un coma (n=5; 16%). Tous les patients ont été pris en charge en réanimation. Le lavage gastrique a été pratiqué chez 30 malades (93%). L'utilisation comme antidote de l'atropine a été nécessaire chez 12 patients. Nous avons eu recours à l'intubation et à la ventilation mécanique chez 3 patients (9%). Il s'agissait des patients pris en charge pour intoxication aiguë au chloralose. Tous les patients ont eu une évolution favorable et ont été mis sortant après une durée de séjour moyenne de 2+ 3 jours.

**Conclusion :** Il s'agit de la première étude épidémiologique s'intéressant aux intoxications aiguës par les raticides à Zaghouan. Le profil épidémiologique des patients est comparable aux données de la littérature. La majorité des intoxications aiguës par les raticides prises en charge étaient bénignes avec finalement peu d'intoxications graves.

## **P178. UNE MYOLYSE ET UNE ATTEINTE RADICULAIRE SUITE A UNE INTOXICATION AU BUTANE : A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : AMRI R <sup>(1)</sup>, TOUNSI H <sup>(1)</sup>, SAHLI H <sup>(1)</sup>, AMMAR Y\*<sup>(2)</sup>, GARBOUJ Y <sup>(2)</sup>, BEN AHMED I <sup>(1)</sup>, BEN SALAH C <sup>(2)</sup>, KHELIL A <sup>(2)</sup> JAZI R <sup>(3)</sup>, BEN DAHMEN F <sup>(4)</sup>.

<sup>1</sup> Service de médecine interne Hôpital Mohamed Tahar Maamouri Nabeul.

<sup>2</sup> Service des Urgences-SMUR Hôpital Mohamed Tahar Maamouri Nabeul.

<sup>3</sup> Service d'hémodialyse Hôpital Mohamed Tahar Maamouri Nabeul.

<sup>4</sup> Service de médecine interne, Hôpital

**Introduction :** La rhabdomyolyse se définit comme une lyse des fibres musculaires striées squelettiques entraînant une libération importante des enzymes musculaires et de la myoglobine dans la circulation générale. La gravité du tableau clinique est liée essentiellement au risque d'hyperkaliémie et d'insuffisance rénale. Les circonstances de survenu de ce syndrome sont très variables. Nous rapportons un cas de rhabdomyolyse aiguë faisant suite à une intoxication accidentelle par le gaz Butane.

**Observation :** Patiente âgée de 26 ans, sans antécédents pathologiques notables, était retrouvée par ces voisins dans une pièce de son appartement couchée en décubitus latérale gauche et inconsciente pendant plus que 12 heures, avec présence d'une fuite continue de gaz provenant d'une bouteille à gaz Butane. Son accompagnant était retrouvé décédé dans la salle de bain. La patiente était amenée à nos urgences par la protection civile. L'examen à l'admission trouve une patiente obnubilée avec présence de céphalées invalidantes. L'état hémodynamique était stable. Des myalgies diffuses spontanées et provoquées par la palpation étaient retrouvées ainsi qu'un œdème de l'hémicorps gauche, avec un déficit moteur complet sur le territoire du nerf sciatique. Le sondage vésical avait ramené des urines foncées. Le bilan biologique avait conclu à une myolyse sévère. Le dosage de la carboxyhémoglobine était négatif. Un électromyogramme réalisé a montré une radiculoneuropathie sensitivomotrice axonale des deux membres inférieurs. La patiente était mise sous oxygénothérapie par sonde nasale avec réhydratation par du sérum salé à 0,9% et alcalinisation par du sérum bicarbonaté à 1,4%. Une vitaminothérapie était aussi mise en route. Une rééducation motrice passive puis active était débutée précocement. L'évolution était favorable aussi bien sur le plan clinique (disparition des céphalées et diminution des myalgies à J7 de l'hospitalisation, et amélioration du déficit moteur sur une période de 3 mois) que biologique (normalisation de la fonction rénale à J5 et des enzymes musculaires à J15) que physiologique (disparition de l'atteinte radiculaire au 6<sup>ème</sup> mois).

**Conclusion :** La survenue de myolyse et de radiculoneuropathie au cours d'une intoxication au butane doit être détectée précocement et traitée pour éviter les complications. La fréquence de survenue de cette complication est méconnue et certainement sous estimée. Le dosage de CPK et la pratique d'un électromyogramme doivent être systématiques devant toute intoxication au butane.

## **P179. INTOXICATION PAR LE CHLORALOSE : ETUDE RETROSPECTIVE**

AUTEURS : SMA N\*, GHZEL R, BEN SOLTANE H, MABSOUT S, OUAHCHI ASMA, METHAMEM MEHDI

service des urgences hôpital universitaire farhat hached sousse

**Introduction :** L'intoxication aiguë par le chloralose est fréquente en Tunisie. Son incidence aux urgences FH est de 15% de l'ensemble des intoxications volontaires. Elle est responsable souvent d'un coma de courte durée avec une guérison sans séquelles. Le pronostic est généralement favorable avec un taux de mortalité ne dépassant pas le 1,3% au même service.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective menée aux urgences Farhat Hached sur une période de 12 mois ayant inclus les intoxications volontaires par le chloralose.

**Résultats :** Onze malades ont été colligés dont un suivi en psychiatrie. L'âge moyen était de 33 ans et le sexe ratio de 0,38. La manifestation clinique prépondérante était le trouble de la conscience associé dans 30% des cas à une agitation/confusion mentale. Trente pour cent des intoxiqués ont nécessité le recours à la ventilation mécanique et ont séjourné en milieu de réanimation tandis que 18% ont été hospitalisés en psychiatrie. Un seul cas de décès a été noté.

**Conclusion :** L'intoxication par le chloralose est caractérisée par la variabilité des manifestations cliniques avec des signes neurologiques au premier plan ce qui justifie la rapidité de prise en charge afin de prévenir des complications mortelles.

## **P180. INTOXICATION MORTELLE A LA METFORMINE : A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : KAMILIA CHTARA; MARIEM SMAOUI\*; MARIEM BOUJELBEN; IMEN ELLEUCH; KAIS REGAIEG; MABROUK BAHLOUL ; CHOKRI BEN HAMIDA; MOUNIR BOUAZIZ

*Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax*

**Introduction :** La metformine est un médicament bien toléré. L'acidose lactique est la complication principale qui peut être provoquée par une intoxication à la metformine. Cependant il s'agit d'une complication très rare qui peut engager le pronostic.

**Observation :** Patiente B.S. Âgée de 67ans aux antécédents de diabète type II sous metformine, consulte les urgences pour des vomissements incoercibles et diarrhées avec à la biologie une insuffisance rénale de primo découverte. La patiente a été hospitalisée initialement au service de néphrologie. Devant la persistance de la même symptomatologie et la survenue des crises convulsives la patiente a été transférée en réanimation. L'examen initial au service de réanimation trouve une patiente comateuse, pupilles normodilatés, non déficitaire, apyrétique, pression artérielle à 120/80 mm Hg, polypneique à 28 cycle/mn, quelques râles crépitants diffus, et l'abdomen est souple et dépressible. L'ECG montre une tachycardie sinusale sans troubles de la repolarisation. A la biologie, une acidose métabolique lactique avec pH à 6.83, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> effondré à 2.5 mmol/l, hyperlactatémie à 22 mmol/l et un trou anionique à 52, une insuffisance rénale aiguë (urée à 22 mmol/l et Créat à 600 µmol/l), une hyperkaliémie (7.4 mmol/l) et une hypoglycémie (2.8 mmol/l). A l'échographie abdomino pelvienne, le foie, la rate et les deux reins sont d'aspects normaux avec un épanchement intra péritonéal minime. Une séance d'hémodialyse était indiquée en urgence. L'évolution ultérieure était marquée par l'installation d'un état de choc réfractaire avec un tableau de défaillance multiviscérale. La reprise de l'interrogatoire avec la famille a révélé l'ingestion d'une quantité importante de comprimés de metformine.

**Conclusion :** La survenue d'une acidose lactique est la complication principale des intoxications à la metformine. En l'absence de comorbidités ou de défaillance viscérale, l'intoxication volontaire par la metformine n'est pas grave. Au contraire, sa survenue chez un patient avec de multiples comorbidités, associé à la présence de dysfonctions viscérales notamment une insuffisance rénale peut engager le pronostic vital.

## **P181. UN BAV COMPLIQUANT UNE INTOXICATION A LA PARAPHENYLENE : A PROPOS D'UN CAS**

AUTEURS : OLFA TURKI\*; KAIS REGAIEG ; IMEN ELLEUCH ; MARIEM BOUJELBEN ; MABROUK BAHLOUL ; CHOKRI BEN HAMIDA ; MOUNIR BOUAZIZ

*Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax*

**Introduction :** L'intoxication par la paraphénylène diamine constitue une urgence diagnostic et thérapeutique. Elle entraîne habituellement un tableau de rhabdomyolyse et défaillance multi viscérale. L'atteinte cardiaque certes présente mais jamais on a rapporté de trouble de rythme ou de la conduction (BAV) associé.

**Observation :** Nous rapportons le cas de Mme H.S âgée de 18ans admise dans le service pour prise en charge d'une altération de l'état de conscience dans un contexte d'apyrexie en rapport avec une intoxication volontaire par la paraphénylène diamine (teinture de cheveux). L'examen à l'admission la patiente avait un score de Glasgow initial(GSC) à 11/15 avec agitation, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Secondairement et suite à l'apparition d'un œdème cervicale, la patiente a été intubée ventilée. On a noté à H5 d'évolution une bradycardie à 39 battements/min avec à l'ECG un Bloc auriculo-ventriculaire de 1<sup>er</sup> degré. Cette complication de la conduction auriculo-ventriculaire n'était pas en rapport avec des troubles métaboliques et le tableau de myocardite secondaire à l'intoxication par la paraphénylène diamine a été retenu et confirmé par une échographie cardiaque avec FEVG à 51% avec un VG non dilaté sans trouble de la cinétique segmentaire.

**Conclusion :** Cette observation a mis en évidence la présence d'un BAV au cours d'une intoxication à paraphénylène. D'autres cas ultérieurs peuvent nous permettre de mieux comprendre ce type d'atteinte cardiaque.

## **P182. INTOXICATION AUX PLANTES SAUVAGES**

AUTEURS : CHATBRI B, FOU DHAILI N, M'RAD A, BLEL Y, BRAHMI N, AMAMOU M

*Service de Réanimation Polyvalente et de Toxicologie. CAMU*

**Introduction :** Les intoxications par les plantes touchent plus fréquemment l'enfant et sont généralement bénignes. Chez l'adulte, elles sont rares et surviennent soit dans un contexte suicidaire, soit par confusion avec une plante comestible, et parfois par l'utilisation de la plante dans un but thérapeutique. Ces intoxications peuvent être graves et mettre en jeu le pronostic vital à cause de la toxicité cardiaque et/ou neurologique qui leurs sont associées.



**Méthodes :** Dans notre travail on a établi une étude rétrospective concernant les patients admis dans notre service pour intoxication aux plantes sauvages entre Janvier 2008 et Décembre 2014 .Notre étude inclut 11 patients : 4 cas d'intoxication au Nerium oleander, 4 cas de Datura stramonium, 3 cas de Ricinus communis L.

**Résultats :** Dans les cas d'intoxication au Nerium oleandertous les patients ont ingéré la plante pour des raisons thérapeutiques. Ils ont présenté tous une symptomatologie digestive faite de douleurs abdominales, vomissement et diarrhée et des signes électriques diffus essentiellement tachycardie sinusale et une coupole digitalique. L'évolution était favorable après 24 heures pour 3 patients. Un seul patient aux antécédents de cardiopathie ischémiques a présenté un syndrome coronarien ST-. Pour l'intoxication au Datura stramonium les 3 patients ont présenté des troubles du comportement, des hallucinations visuelles et auditives et des signes digestifs. L'évolution était favorable après 24 heures. Dans les cas d'intoxication au Ricinus communis L, les patients ont présenté à H1 des signes digestifs. Un seul patient a présenté des vertiges et une hypotension qui a répandu au remplissage .L'évolution était favorable pour tous les patients.

**Conclusion :** Dans notre série l'intoxication aux plantes sauvages était dans la majorité des cas bénigne avec un séjour en Réa qui ne dépasse pas les 48 heures, mais parfois elle peut être grave sur des terrains particuliers ou chez les âges extrêmes.

## **P183. CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET EVOLUTIVES DES PENDAISONS EN REANIMATION (ETUDE DE 12 CAS)**

AUTEURS : KHELFA M\*, FREDJ H, BLEL Y, M'RAD A, BRAHMI N, AMAMOU M

*Service de Réanimation Polyvalente et de Toxicologie. CAMU*

**Introduction :** La pendaison, en raison de son caractère quasi radical, constitue la première cause de mort volontaire en Tunisie. [1] Les quasi-pendaisons (pendaisons non mortelles) sont rarement décrites dans la littérature. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des patients admis dans notre service pour tentative de suicide par pendaison.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de réanimation du CAMU sur une période de douze ans (2004 – 2015).

**Résultats :** Douze patients ont été colligés. L'âge médian était de 23ans [12,25 ; 22,25], avec un Sex- Ratio de 8. La pendaison était volontaire dans 91,7% des cas (n=11), et complète dans 4 cas. Trois patients avaient des antécédents psychiatriques, et un patient était toxicomane au cannabis. L'examen physique initial a révélé la présence d'un coma (GCS< 9) chez quatre patients avec un GCS moyen à  $4 \pm 2$ , une altération de l'état de conscience (9). Certaines complications ont été notées comme la survenue d'un pneumomédiastin (n=1), une pneumopathie d'inhalation dans 48,3% des cas (n=7) évoluant vers le SDRA dans 2 cas, d'une rhabdomyolyse dans 50% des cas (n=6) et d'un état de choc dans un cas. Aucun arrêt cardiaque n'a été signalé. L'évolution était favorable dans 83,3% des cas (n=10). Les deux patients restants, ont gardé des séquelles neurologiques à type d'hypotonie axiale et de retard mental. La durée médiane de séjour en réanimation était de 3 [1 ; 11,7] jours. Sept patients (58,3%) ont nécessité la ventilation mécanique, avec une durée médiane de ventilation mécanique de 4 jours [2 ; 11]. Aucun décès n'a été noté.

**Conclusion :** L'étude des caractéristiques évolutives des quasi-pendaisons, révèle que leur évolution était relativement favorable malgré les séquelles neurologiques, et ce grâce à une prise en charge adéquate dans un milieu de réanimation.

### **Bibliographie :**

- 1- M Allouche, ABanasr, F Gloulou, M Zhioua et M Hamdoun. Le suicide par pendaison au Nord de la Tunisie : aspects épidémiologiques et constatations autopsiques. Journal de médecine légale droit médical

## **P184. INTOXICATION AIGUE A LA CHLOROQUINE, ETUDE DE 3 CAS**

AUTEURS : KHELFA M\*, FREDJ H, M'RAD A, BLEL Y, BRAHMI N, AMAMOU M

*Service de Réanimation Polyvalente et de Toxicologie. CAMU*

**Introduction :** La chloroquine est un anti paludéen de synthèse à larges indications. L'intoxication à la chloroquine est caractérisée par une toxicité cardiaque importante un taux de mortalité élevé ; quoique fréquente en Afrique, peu de données concernant cette intoxication sont rapportées dans la littérature. Nous rapportons trois situations d'intoxication à la chloroquine de gravités différentes.

**Observation N°1 :** Patiente âgée de 28ans, sans antécédents pathologiques, admise pour une intoxication volontaire à la chloroquine. Elle a consulté deux heures suivant l'ingestion. La dose ingérée était de 2g. L'examen clinique a noté une hypotension artérielle à 80/40 mmHg, une tachycardie à 100 bpm, et une agitation psychomotrice. L'ECG montrait un rythme régulier sinusal et des QRS larges à 120ms (ESM). A la biologie: une hypokaliémie à 1,9 mmol/L, une hypocalcémie à 1,5 mmol/L, une hypophosphorémie à 0,2 mmol/L et une hyperglycémie à 4g/L. La ventilation

artificielle a été indiquée d'emblée. Le Diazépam en perfusion continue a été nécessaire dès l'intubation, avec les bicarbonates de sodium à 42% en bolus. L'évolution a été marquée par la survenue d'un choc cardiogénique avec un OAP, compliqués de troubles du rythme graves de type TV-FV ayant nécessité trois chocs électriques externes et 300mg de cordarone en bolus IV. L'évolution a été défavorable avec la survenue d'une asystolie non récupérée par les mesures de ressuscitation cardiorespiratoire.

**Observation N°2 :** Patiente âgée de 20ans, admise deux heures après l'ingestion volontaire de 5,4g de chloroquine. Elle avait un GCS à 14/15, des trémulations, une tachycardie à 125 bpm, une désaturation à 90%, une hypersialorrhée et un nystagmus. La patiente a été intubée et mise sous ventilation assistée, diazépam en perfusion continue à la dose de 10mg/kg/j. L'état hémodynamique était stable, sans anomalies électrocardiographiques notables. L'évolution était favorable avec un sevrage de la ventilation artificielle au bout de 4 jours.

**Observation N°3 :** Patiente âgée de 20ans, admise durant la première heure suivant l'intoxication volontaire à la chloroquine. La dose ingérée était de 1g. L'examen initial a noté un GCS à 15, des pupilles en mydriase bilatérale réflexive. La patiente était eupnéique avec une saturation à 97%. Elle avait une tachycardie à 125 bpm et une pression artérielle à 140/70 mmHg. Elle avait un BAV du premier degré, un QTc à 0,35 et des ondes T négatives dans le territoire inférieur, et une hypokaliémie à 2,41 mmol/L. La patiente a été ventilée pendant 24 heures. L'évolution sous ventilation mécanique a été favorable avec disparition des anomalies électriques au bout de trois jours.

**Conclusion :** L'intoxication à la chloroquine est grevée d'une lourde morbi-mortalité. Des troubles de rythme grave peuvent survenir et orienter vers une évolution fâcheuse. En raison du délai d'action court de la chloroquine et de sa demi-vie lente, une prise en charge précoce et un monitoring étroit sont impératifs.

## **P185. INSULINE-GLUCOSE DANS LES INTOXICATIONS GRAVES AUX INHIBITEURS CALCIQUES**

AUTEURS : HABACHA S, CHATBRI B, M'RAD A, BLEL Y, BRAHMI N, AMAMOU M  
Service de Réanimation Polyvalente et de Toxicologie. CAMU

**Introduction :** Les inhibiteurs calciques (ICa) agissent comme anti-hypertenseurs en diminuant le transfert membranaire du calcium au niveau des cellules musculaires vasculaires et/ou cardiaques. A doses toxiques, ils peuvent induire un état de choc (EDC) vasoplégique et/ou cardiogénique.

**Matériels :** On se propose d'étudier les patients victimes d'intoxications graves aux inhibiteurs calciques et ayant reçu de l'insuline-glucose selon le protocole insuline- euglycémique (PIE) entre janvier 2013 et septembre 2015.

**Résultats :** Nous avons colligé quatre patientes, ayant ingéré des ICa dans un but d'autolyse; elles ont toutes présenté un EDC nécessitant de fortes doses de drogues vaso-actives, compliqué d'insuffisance rénale et d'acidose métabolique essentiellement lactique; elles ont été toutes intubées ventilées pour les besoins hémodynamiques; elles ont présenté des chiffres glycémiques élevés; elles ont par ailleurs reçu des sels de calcium. Les tableaux cliniques sont détaillés ci-dessous:

**CAS1:** 63ans, aux antécédents d'hypertension artérielle, ayant ingéré 2500mg de nicardipine (Loxen LPR). A H9, elle a présenté un EDC vasoplégique pur selon l'étude hémodynamique par un cathétérisme droit (RAS: 382 dyn. sec/cm<sup>5</sup>, IC: 7,2 l/min); elle a été mise sous noradrénaline 18mg/h puis adrénaline jusqu'à 18mg/h sans aucune réponse clinique. L'introduction de l'insuline ordinaire (IO) selon PIE : bolus d'IO de 1UI/Kg suivi d'un apport continu de 0,5UI/Kg/h avec une supplémentation en glucose en fonction de la glycémie capillaire. Ce protocole a permis de diminuer l'adrénaline de moitié au bout de quelques heures du début du PIE.

**CAS2:** 25ans, sans antécédents, s'est présentée à H2 de l'ingestion de 2000mg de nicardipine (Loxen LPR), elle avait une pression artérielle (PA) à 60/30 mmHg, sans signes d'insuffisance cardiaque. Elle a été mise sous NAD 20mg/h sans amélioration clinique. Le PIE (bolus de 1UI/kg d'IO puis 0,5UI/Kg/h pendant 46h) a permis de diminuer les doses de NAD de moitié au bout de 6 heures et le sevrage définitif au bout de 42h.

**CAS3:** 18ans, sans antécédents, consulte à H2 pour ingestion de 4200mg de diltiazem (DiltiazemR), elle était asymptomatique. Vers H6, elle a présenté un EDC avec une PA à 60/40 mmHg. Elle a été mise sous noradrénaline 25mg/h et sous Isuprel 4mg/h devant un bloc auriculo-ventriculaire de 3<sup>ème</sup> degré; elle a reçu un bolus d'IO de 1UI/kg entretenu par 0,5 UI/Kg/h. L'évolution était marquée par l'aggravation de l'état hémodynamique et la survenue d'un arrêt cardio-circulatoire non récupéré.

**CAS4:** 22ans, sans antécédents, consulte à H11 d'une intoxication par une quantité indéterminée de diltiazem (MontildiemR); elle avait une PA à 72/30 mmHg, et des signes d'insuffisance cardiaque droite. Elle a été mise sous noradrénaline jusqu'à la dose de 20mg/h et dobutamine jusqu'à 16 /Kg/min sans réponse clinique. Le PIE (bolus d'IO de 1UI/kg entretenu par 1 UI/Kg/h) a permis le sevrage de la dobutamine au bout de 8h et la NAD au bout de 12 h.

**Conclusion :** Le PIE est une alternative thérapeutique qui doit être considérée et fortement recommandée au cours des intoxications graves aux ICa.

## **P186. INSUFFISANCE RENALE AIGÛE COMPLIQUANT L'INTOXICATION A LA CIPROFLOXACINE**

AUTEURS : BEN LAKHAL H\*, M'RAD M, BLEL Y, HABACHA S, BRAHMI N, AMAMOU M.

*Centre d'Assistance Médicale Urgente (CAMU), Service de Réanimation Polyvalente et Toxicologique.*

**Introduction :** L'insuffisance rénale aiguë (IRA) d'origine médicamenteuse est une cause assez fréquente d'IRA. Les fluorquinolones, en particulier la ciprofloxacine (CFX), comptent parmi les antibiotiques réputés néphrotoxiques. Le but de notre étude est d'illustrer les caractéristiques cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives de l'intoxication aiguë par la CFX compliquée d'IRA.

**Patients et Méthodes :** Nous avons colligé rétrospectivement sur une période de quatre ans allant de 08/2010 au 08/2014, tous les cas d'intoxication aiguës à la CFX compliquée d'IRA nécessitant le recours à l'épuration extra-rénale. Les informations ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients.

**Résultats :** Nous avons colligé trois patientes, d'âge allant de 19 à 27 et sans néphropathies préexistantes. Elles auraient ingéré volontairement des doses de 5, de 7,5 et de 10 g de CFX. Une ingestion concomitante de Diclofénac à la dose de 750mg dans un cas et d'érythromycine à la dose de 2,5 g dans un autre cas. Elles ont développé une insuffisance rénale organique anurique après 12 à 36 heures de l'ingestion malgré une réhydratation. L'échographie rénale était normale dans tous les cas. La protéinurie de 24 heures était nulle dans 2 cas et présente mais peu importante, de l'ordre de 0,6g/24 h, dans un cas. La leucocyturie était inférieure à 104e/ml chez les trois patients. Une hématurie microscopique était présente dans deux cas. Le traitement a consisté en une EER par hémodialyse intermittente conventionnelle. L'évolution était favorable au bout de 10 à 21 jours.

**Discussion :** L'IRA a été décrite suite à un traitement par la CFX ; le mécanisme principal de cette IRA était une néphrite interstitielle aiguë essentiellement immuno-allergique. Par contre chez nos patientes, même en l'absence de données histologiques, nous avons retenu la nécrose tubulaire aiguë comme mécanisme de l'IRA devant la présence de plusieurs éléments anamnestiques, cliniques, biologiques et radiologiques. La survenue de cette IRA est favorisée par la présence de certains facteurs comme les fortes posologies, la déshydratation, l'âge avancé et la prise concomitante d'autres substances potentiellement néphrotoxiques. Le traitement de l'IRA repose sur l'épuration extra-rénale par hémodialyse intermittente.

**Conclusions :** L'intoxication aiguë à la CFX peut se compliquer d'une insuffisance rénale aiguë par nécrose tubulaire aiguë dont le traitement repose sur l'épuration extra-rénale par hémodialyse intermittente.

## **P187. INTOXICATION AIGÛE A LA LAMOTRIGINE : ETUDE DE QUATRE CAS.**

AUTEURS : HEBAÏEB F, BEN LAKHAL H, M'RAD M, BLEL Y, BRAHMI N, AMAMOU M.

*Centre d'Assistance Médicale Urgente (CAMU), Service de Réanimation Polyvalente et Toxicologique*

**Introduction :** La Lamotrigine (LTG) est un antiépileptique de nouvelle génération. Il est de plus en plus prescrit pour le traitement de l'épilepsie, des troubles bipolaires et de certaines formes de dépression. Depuis son utilisation comme thymorégulateur, le nombre d'intoxications aiguës est en constante augmentation chose qui a motivé la réalisation de ce travail qui a comme objectif de rapporter les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de cette intoxication à travers l'analyse de quatre observations cliniques.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective d'une série de cas d'intoxications aiguës à la LTG colligée au service de réanimation médicale et toxicologique du CAMU sur une période de trois années allant de Janvier 2012 à Décembre 2014.

**Résultats :** Nous avons colligé 4 patients, 3 hommes et une femme âgés de 17 à 43 ans. La dose supposée ingérée variait entre 1000 et 2200mg. Une association avec d'autres toxiques était notée chez deux patients. Il s'agissait de l'éthanol dans un cas, de l'Escitalopram et le Prazepam dans un autre cas. Les manifestations cliniques prédominantes consistaient en un coma (n=1), agitation (n=1), confusion (n=2), syndrome pyramidal (n=1), hypertonie musculaire (n=1), dépression respiratoire (n=1), tachycardie (n=4). Les principales anomalies biologiques étaient une acidose lactique (n=1), élévations des CPK (n=1), un allongement de QT (n=1). La durée d'hospitalisation était comprise entre 16 et 48 heures.

**Discussion :** La LTG agit principalement par le blocage des canaux sodiques voltage dépendants centraux avec inhibition de la libération des neurotransmetteurs excitateurs (glutamate, aspartate) en cas d'épilepsie, et par l'inhibition de la recapture de la sérotonine en cas des troubles thymiques. Chez l'adulte, l'intoxication à la LTG est généralement bénigne. La survenue de complications graves (convulsives et effet stabilisant de membrane) reste possible. Le traitement est principalement symptomatique; le recours aux émulsions lipidiques peut être proposé pour prévenir la toxicité cardiaque.

**Conclusion :** L'intoxication à la LTG est de plus en plus fréquente et peut engager le pronostic vital par l'intermédiaire du syndrome sérotoninergique et l'effet stabilisant de membrane.

## **P188. PANCREATITE AIGUE SECONDAIRE A UNE INTOXICATION AIGUE A LA PYRIDOSTIGMINE**

AUTEURS : HABACHA S, CHATBRI B, M'RAD A, BLEL Y, BRAHMI N, AMAMOU M

Service de Réanimation Polyvalente et de Toxicologie. CAMU

**Introduction :** La pyridostigmine est un inhibiteur réversible de l'acétylcholinestérase, utilisée non seulement comme traitement curatif de la myasthénie et l'atonie intestinale mais aussi comme traitement préventif des effets des organophosphorés neurotoxiques de guerre. L'intoxication par la pyridostigmine est rare, elle n'a été décrite que chez quelques patients au cours de la guerre du Golfe.

**Observation clinique :** Nous rapportons le cas de Mme O.H. Âgée de 56ans aux antécédents de dépression anxieuse avec une insomnie, et de myasthénie oculo-bulbaire, traitée par corticoïdes et pyridostigmine (MestinonR 60mg) un comprimé toutes les six heures, qui a ingéré dans un but d'autolyse 40 comprimés de pyridostigmine soit 2400mg. Dès la première heure suivant l'ingestion, elle a présenté des fasciculations, des douleurs abdominales avec des diarrhées et des vomissements. A l'arrivée à nos urgences à H3, la patiente présentait un syndrome muscarinique fait d'un myosis serré, d'une hyper sialorrhée, de fasciculations et de douleurs abdominales diffuses prédominantes au niveau de l'épigastre. Elle était eupnéique, SpO<sub>2</sub> à l'air ambiant à 98%, et elle avait une fréquence cardiaque à 80 battements/minutes. A la biologie, elle avait une activité pseudocholinestérasique basse à 1506 UI/l, une lipasémie à 1998 UI/l (33 fois la normale), sans autres anomalies associées, notamment, le bilan hépatique était normal : ASAT 15 UI/l, ALAT 18 UI/l, bilirubine 6mg/l, GGT 28 UI/l, PAL 55 UI/l ; La patiente a été mise sous faibles doses d'atropine, en continu avec un total de 5mg sur 20 heures, permettant de faire disparaître les douleurs abdominales et les fasciculations. Une tomodensitométrie abdominale pratiquée à 72H devant la présence d'une pancréatite aigue (PA) biologique a révélé une PA stade A de la classification de Balthazar avec une lithiasé vésiculaire simple confirmée sur l'échographie abdominale. La lipasémie s'est normalisée à 72H (62 UI/l).

**Discussion :** Selon la littérature des cas rapportés, l'intoxication à la pyridostigmine est considérée comme bien tolérée et sans signes de gravité. La stimulation soutenue du système cholinergique par inhibition de l'acétylcholinestérase induit une sécrétion enzymatique accrue au niveau des glandes stimulées par le système parasympathique notamment les glandes salivaires et le pancréas, ce qui explique la survenue de la PA. Plusieurs cas de PA secondaires à une intoxication aux organophosphorés insecticides ont été rapportés dans la littérature, par analogie, les inhibiteurs réversibles de l'acétylcholinestérase pourraient induire à leurs tours des PA. L'hypothèse d'une PA d'origine lithiasique paraît être peu probable en l'occurrence, vu la normalité du bilan hépatique, et l'absence de signes évocateurs sur l'échographie abdominale. Il s'agirait d'une PA induite par la pyridostigmine avec une découverte fortuite d'une lithiasé vésiculaire simple.

**Conclusion :** Les inhibiteurs réversibles de l'acétylcholinestérase, comme les inhibiteurs irréversibles, pourraient être responsables de l'apparition de PA. Des cas de PA nécrotique ont été rapportés avec les organophosphorés. Notre observation clinique serait la première à rapporter une PA avec les inhibiteurs réversibles de l'acétylcholinestérase, leur potentiel de gravité doit être mieux étudié.

## **P189. INTOXICATION A L'ETHYLENE GLYCOL: (A PROPOS DE TROIS CAS)**

AUTEURS : FREDJ H\*, KHELFA M, BLEL Y, M'RAD A, BRAHMI N, AMAMOU M

Service de Réanimation Polyvalente et de Toxicologie. CAMU

**Introduction :** L'intoxication aigue à l'éthylène glycol (EG) est rare et grave. Elle est le plus souvent accidentelle. Le diagnostic positif doit être évoqué devant une acidose métabolique dans un contexte d'ingestion d'un produit liquide pouvant contenir des alcools toxiques. Tout retard de prise en charge peut mettre en jeu le pronostic vital. Nous présentons trois observations d'intoxication à l'EG à un niveau de gravité variable.

**Observation 1 :** Patiente de 24ans, sans antécédents, consulte deux heures après l'ingestion d'une quantité non précisée d'un gel lave-vitre. L'examen clinique initial était sans anomalies. A H12, elle développe des troubles digestifs puis un coma d'installation progressive sans altération de l'état hémodynamique ni respiratoire. Aux GDS artériels : pH : 7,34, PaCO<sub>2</sub> 32mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> : 15 mmol/l, PaO<sub>2</sub> : 100mmHg, SaO<sub>2</sub> 98%, le trou anionique (TA) était à 23 mmol/L. A la biologie : Lactates: 2 mmol/l, Ca<sup>++</sup> : 1,6 mmol/l, Glycémie et fonction rénale normales. La recherche de toxique dans le sang révèle la présence d'EG à 54mg/l. La ventilation artificielle(VA) a été indiquée, avec l'administration d'alcool éthylique comme traitement antidotique, de bicarbonate avec une supplémentation calcique. L'évolution clinique et biologique était favorable permettant le sevrage de la VA au bout de 24 heures.

**Observation 2 :** Patiente de 49ans, suivie pour dépression, admise pour prise en charge d'un coma calme sans circonstances étiologiques claires. L'examen clinique montre : un GCS à 3 sans signes de localisation, une PA : 120/70 mmHg, une FC 130 bpm avec une polypnée à 35 cycles /min. A la biologie : pH à 7,00 ; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 11mmol/l, PaCO<sub>2</sub> 30 mmHg, PaO<sub>2</sub> 70mmHg, SaO<sub>2</sub> 92%, TAP 26 mmol/L, créatinine : 120µmol/l, calcémie et glycémie normales. L'angioscanner cérébral était normal. La recherche de toxique trouve l'EG dans le sang à 1,5 g/l avec des cristaux d'oxalate de calcium dans les urines. L'indication de la VM a été posée d'emblée. La patiente a eu une



perfusion de bicarbonate, une épuration extrarénale par hémodialyse permettant l'amélioration de l'acidose métabolique et de l'insuffisance rénale. L'évolution était favorable permettant son sevrage de la VA au bout de 48 heures.

**Observation 3 :** Patient de 53 ans, mécanicien, consulte pour troubles digestifs et dyspnée 3 heures après l'ingestion accidentelle d'un liquide de refroidissement pour voitures. L'examen physique a montré : un bon état de conscience, une polypnée à 28 cycles/min, une tachycardie à 110 bpm avec une voix rauque. A la biologie : pH 7,42, PaCO<sub>2</sub> ; 30 mm Hg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 18 mmol/l, PO<sub>2</sub> 110 mmHg, SaO<sub>2</sub> 99%, TAP 21 mmol/L. Le reste du bilan est normal. La recherche toxique révèle la présence d'EG dans le sang. L'évolution clinique était favorable sous traitement symptomatique.

**Conclusion :** L'intoxication à l'EG est rare, son diagnostic doit être évoqué devant une acidose métabolique avec un trou anionique positif dans un contexte d'ingestion d'un alcool. Le traitement se base sur l'administration d'éthanol, l'alcalinisation et le recours à l'EER pour éviter les complications essentiellement rénales.

## **P190. CARDIOMYOPATHIE TOXIQUE AIGUE LIEE AU CYCLOPHOSPHAMIDE : A PROPOS D'UN CAS.**

AUTEURS : HAMDAOUI Y\*, KHEDHER A, SBOUI G, MEDDEB K, AYACHI J, BOUNEB R, AZOUZI A, BOUSSARSAR M.

Service de réanimation médicale. Hôpital Universitaire Farhat Hached. Sousse, Tunisie

**Introduction :** Le cyclophosphamide est un agent largement utilisé en oncologie. Il est connu être pourvoyeur de plusieurs effets indésirables. La toxicité cardiaque reste rarement décrite.

**Observation :** Nous rapportons l'observation d'une jeune femme âgée de 33 ans admise dans notre service dans un tableau d'insuffisance cardiaque aigüe survenue à J 14 post- chimiothérapie anticancéreuse contenant le cyclophosphamide pour un lymphome de Burkitt au niveau gastrique (stade IV). Le diagnostic d'une myocardite aigüe a été retenu devant un tableau d'insuffisance cardiaque aigüe (type I) associé à de nouveaux signes électrocardiographiques à type d'ischémie sous épicaudique dans le territoire antérieur, l'ascension des troponines I cardiaques sériques et la constatation de novo d'un dysfonctionnement systolo-diastolique (FE, 47%) à l'échographie cardiaque, avec une hypokinésie globale. La nature toxique de l'atteinte cardiaque a été fortement suspectée puis renforcée par l'échelle de Naranjo. L'évolution clinique était favorable sous ventilation mécanique invasive associée au traitement médical à base de diurétiques, de vasodilatateurs et dobutamine. L'échocardiographie transthoracique de contrôle le jour de sa sortie à J15 d'hospitalisation montre une normalisation des anomalies sus-décrites.

## **P191. LE PHOSPHURE D ALUMINIUM : UN PESTICIDE FATAL À PROPOS DE 3 CAS D INTOXICATIONS**

AUTEURS : KAMOUN M.M\*, OMRI.M, AYACHI.M.S, JAOUADI A, NAIJA M, CHEBILI N

CHU sahloul Sousse SAMU 03

**Introduction :** Le phosphore d'aluminium (PAI) est un pesticide solide fumigeant dont l'intoxication aiguë est grave responsable d'une mortalité élevée, elle constitue une urgence médicale, imposant une prise en charge précoce.

**Cas 1 :** Une jeune de 23 ans victime d'ingestion volontaire de 1 comprimé de PAI arrivée aux urgences à H1 de la prise consciente stable, un lavage gastrique a été réalisé mais à l'arrivée de l'équipe SMUR la patiente est obnubilée avec GCS 13/15 avec des signes d'insuffisance circulatoire PA à 06/04, des extrémités froides. Un remplissage a été réalisé mais sans résultat, elle a été mise sous noradrénaline avec stabilisation puis elle a été assistée sur le plan ventilatoire et transportée en réanimation. L'évolution est marquée par l'aggravation de son état circulatoire et décédée 8 heures après l'ingestion.

**Cas 2 :** Une jeune de 16 ans est arrivée aux urgences après ingestion volontaire de 1 comprimé de PAI. L'examen note un GCS à 8/15, une PA imprenable avec des signes d'insuffisance circulatoire. L'équipe trouve une patiente comateuse, en insuffisance circulatoire avec bradycardie sinusale à 54 après administration d'atropine, sous oxygénothérapie. L'évolution est marquée par la survenue rapide d'un ACR non récupéré après 45 mn de réanimation.

**Cas 3 :** Une jeune de 20 ans amenée aux urgences après ingestion de 1 comprimé de PAI. Elle était consciente. Un lavage gastrique a été réalisé ramenant un liquide noirâtre. L'évolution a été marquée par l'aggravation de son état devenant agitée avec épigastralgies et diarrhée, en insuffisance circulatoire aiguë avec une PA imprenable extrémités froides, bradycarde à 49 battements par mn, polypnéique saturée à 78% à l'air ambiant. L'évolution est marquée par la survenue d'un arrêt cardiorespiratoire suite à une bradycardie extrême avant l'arrivée de l'équipe du SAMU réanimée pendant 40 mn sans récupération.

**Discussion :** Le PAI est commercialisé sous forme de comprimés de 3 g (Phostoxin®) comportant aussi la carboamate d'aluminium et qui au contact de l'humidité ou de l'acide chlorhydrique de l'estomac, libère 1 g de phosphine ou phosphure d'hydrogène (PH<sub>3</sub>). La phosphine formée au niveau de l'estomac remonte alors et est absorbée par voie respiratoire, il engendre l'intoxication systémique, elle est également absorbée dans le tractus gastro-intestinal



par simple diffusion. La phosphine entraîne une inhibition de la cytochrome-c oxydase mitochondriale, et inhibe donc la phosphorylation oxydative causant une hypoxie cellulaire généralisée responsable d'une défaillance multiviscérale. En l'absence d'antidote, le traitement de cette intoxication repose sur la décontamination digestive et le traitement symptomatique. Le traitement symptomatique comporte une oxygénothérapie, un remplissage vasculaire, des drogues vasoactives peuvent être utilisées, l'apparition des troubles graves de la conduction indiquent l'entraînement électrosystolique

**Conclusion :** L'intoxication par le Pal est grave engendrant une mortalité importante, en l'absence de traitement antidotique. Elle nécessite une prise en charge précoce et adéquate surtout sur le plan hémodynamique

## **P192. PLACE DU GLUCAGON DANS L'INTOXICATION ASYMPTOMATIQUE AU BÉTABLOQUANT, QUEL INTÉRÊT ? (À PROPOS D'UN CAS)**

AUTEURS : AYACHI MS\*, KRAIEM H, YOUNES S , OMRI M, NAIJA M, CHEBILI N

CHU sahloul Sousse SAMU 03

**Introduction :** Le tableau clinique des intoxications par bêtabloquants est dominé par des manifestations cardiovasculaires graves. Il s'agit le plus souvent d'une bradycardie sinusale et/ou d'une hypotension allant jusqu'à l'état de choc. Des troubles de conduction auriculo-ventriculaire voire intra-ventriculaire sont néanmoins possibles. Devant un état de choc, le remplissage doit être prudent suivi de l'utilisation de catécholamines. Le glucagon reste l'antidote de choix.

**Problématique :** L'utilisation du glucagon en milieu pré hospitalier n'est pas fréquemment utilisée. Cependant, l'utilité de l'administration précoce de ce médicament comme antidote même en l'absence de choc reste un sujet controversé dans la littérature.

**Observation :** une jeune fille âgée de 19ans admise aux urgences d'un hôpital régional pour une intoxication volontaire de 13 cp d'acétabulol (sectral 400mg) à H2. Elle a été prise en charge par l'équipe smur. L'examen clinique objective : GCS=15, TA=12/8, FC=68, eupnéique, saO<sub>2</sub>=98. L'ECG : RRS, pas de trouble de repolarisation ni de la conduction. La conduite était de pratiquer une lavage gastrique qui a ramené des débris de comprimés et d'administrer le glucagon en iv malgré la stabilité circulatoire. Puis, on l'a transféré au service de réanimation médicale. L'évolution était marquée par l'altération de son état hémodynamique jugulé par l'administration d'adrénaline. La patiente a été mise sortante à j 10 avec une bonne évolution.

**Discussion :** L'administration glucagon serait bénéfique lors d'intoxication aux bêtabloquants même asymptomatique. Cette hypothèse reste à confirmer par une étude à grande échelle afin de valider l'utilité de cette thérapeutique précoce.

**Conclusion :** L'intoxication aux betabloquants est une intoxication grave voire fatale vu son puissant effet stabilisant de membrane. L'emploi de tous les moyens symptomatiques ainsi que l'antidote précocement permettra d'améliorer le pronostic des patients.

## **P193. PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES INTOXICATIONS PRISES EN CHARGE PAR LE SAMU03**

AUTEURS : SGHAIER A\*, CHBILI N , BEL HAJ ALI K , JAOUADI A , NAIJA M, OMRI M

CHU sahloul Sousse SAMU 03

**Introduction :** Les intoxications constituent un problème qui nuit à la santé publique, tant par leur fréquence que par leur gravité. Objectif : L'objectif de cette étude est de dresser le profil épidémiologique des intoxications enregistrées au niveau de la région du centre pour lesquelles le SAMU 03 est intervenu.

**Matériel et méthode :** Une étude prospective descriptive réalisée sur 3mois de Juillet à Septembre 2015 incluant toutes les intoxications volontaires pour lesquels le SAMU 03 est intervenu.

**Résultats :** Au total 55 cas d'intoxication ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 32ans, avec une prédominance féminine (sex ratio = 0,66). Nous avons noté 17 cas d'intoxications par le chloralose, 7cas par le carbamate organophosphoré, 5 cas par les pesticides organophosphorés 3cas par les bêta bloquants, 3 cas par le phosphore d'aluminium, le reste des cas était des intoxications médicamenteuses diverses. L'orientation des patient était d'emblée vers les services de réanimation dans 20 cas. L'évolution a été favorable pour la plupart des patients (90%), cependant 5 cas de décès sont survenues (3 par phosphore d'aluminium, 1 cas par bêtabloquant, 1cas par l'annate).

**Conclusion :** Les intoxications demeurent une des principales causes de mortalité chez le sujet jeune, l'évolution et parfois foudroyante comme le phosphore d'aluminium et les bêtabloquants.

## **P194. TENTATIVE DE SUICIDE CHEZ L'ENFANT DANS LA RÉGION DU CENTRE : A PROPOS DE 07 CAS PRIS EN CHARGE PAR L'ÉQUIPE DE SMUR EN MOIS DE MAI 2015**

AUTEURS : BRAHIM DH\*, KRAIEM H, SGHAIER A, OMRI M, NAIJA M, CHEBILI N  
CHU sahloul Sousse SAMU 03

**Introduction :** Les conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent se sont multipliées ces deux dernières années en Tunisie. C'est la deuxième cause de mortalité en France chez les sujets masculins de 15-25 ans après les accidents et troisième cause chez les sujets féminins. Ces conduites suicidaires sont à l'origine d'une morbi-mortalité importante. Plusieurs facteurs sont incriminés dans la genèse des tentatives de suicide (TS) chez les enfants (individuels, familiaux, sociaux, etc.), mais elles sont dues le plus souvent à une vulnérabilité psychique sous-jacente retrouvée chez ces enfants. D'où la nécessité de mettre en place un protocole rigoureux d'évaluation après toute TS chez l'enfant. Nous rapportons 07 cas de tentatives de suicides pris en charge par l'équipe de Smur dans les 4 gouvernorats du centre (Sousse, Monastir, Kairouan, Mahdia) durant le mois de Mai 2015. Ce travail se propose de décrire le profil de l'enfant suicidaire, la situation épidémiologique et le facteur déclenchant de l'acte.

### **Observations :**

	Age	Sexe	Origine	Mécanisme	Cause	Scolarité	Evolution
1er cas	12	M	Sousse	Pondaison	Conflit familial	perturbée	Recours à la ventilation mécanique admission en réanimation avec bonne évolution
2ème cas	10	M	Sousse	Pondaison	Conflit familial	normale	Recours à la ventilation mécanique admission en réanimation avec bonne évolution
3ème cas	13	F	Kairouan	Intoxication médicamenteuse	Echec scolaire	normale	Admission en réanimation avec bonne évolution
4ème cas	12	F	Kairouan	Intoxication médicamenteuse	Conflit familial	perturbée	Gardée sous surveillance au service des urgences
5ème cas	4	F	Mahdia	Intoxication médicamenteuse	Conflit familial	Non scolarisée	Admise en pédiatrie avec bonne évolution
6ème cas	10	F	Kairouan	Intoxication médicamenteuse	Conflit familial	normale	Admise en pédiatrie avec bonne évolution
7ème cas	13	M	Monastir	Intoxication médicamenteuse	Conflit familial	perturbée	surveillance aux urgences

**Discussion:** Les TS de l'enfant de moins de 13 ans restent un phénomène rare mais non exceptionnel puisque 10 à 15% des TS de l'enfant et de l'adolescent concerneraient des enfants de moins de 12 ans. Chez l'enfant, l'intention suicidaire est souvent remise en cause, voire niée et le geste suicidaire est considéré comme un accident durant cette période de vie. Les facteurs de risques environnementaux étaient fortement corrélés aux TS dans notre échantillon. Il s'agissait le plus souvent d'un comportement réactionnel à un facteur de stress, sans réel désir de mort. Les facteurs de risques étaient représentés essentiellement par les perturbations du fonctionnement familial.

**Conclusion :** La TS est rarement le premier signe d'une souffrance chez l'enfant. L'environnement socio familial de l'enfant est remarquable par son caractère peu sécurisant et peu contenant. Les principaux risques à court et à moyen termes sont les récurrences avec une augmentation du risque de morbidité et de mortalité.

## **P195. CAUSE RARE DE TROUBLE DE CONSCIENCE CHEZ UN NOURRISSON : INTOXICATION PAR LE CANNABIS**

AUTEURS : ELLEUCH A\*, TILOUCHE S, KEBAILI R, MAHDOUNI S, KAHLLOUL N, SOYAH N, TEJ A, MLIKA A, BOUGUILA J, BOUGHAMMOURA L.  
Service de pédiatrie, CHU Farhat Hached, Sousse.

**Introduction :** Les consultations pour troubles aigus de la conscience sont relativement fréquentes aux urgences pédiatriques. En l'absence de fièvre, il s'agit essentiellement des phases post-critiques après convulsion, des troubles ioniques, des intoxications médicamenteuses. Les intoxications pédiatriques au cannabis restent peu décrites et potentiellement sous-estimées en Tunisie. But du travail : A travers l'étude d'une observation d'une intoxication accidentelle par le cannabis chez un nourrisson, nous rappelons les caractéristiques cliniques de cette intoxication afin de la reconnaître, de savoir rechercher à l'interrogatoire la présence de cannabis et enfin de confirmer le diagnostic.

**Observation :** Un nourrisson de sexe masculin âgé de 22 mois, était amené par sa mère aux urgences pédiatriques pour troubles de la conscience associant en alternance, une somnolence et une agitation. L'histoire remontait à neuf heures avant son admission, ou la mère avait remarqué à 22 heures du soir que son fils était somnolent, qu'il avait des sueurs profuses. Le nourrisson avait présenté également un épisode de vomissement. L'examen trouvait un nourrisson apyrétique. Sur le plan neurologique, le score de GLASGOW adapté à l'âge était à 11/15. Les pupilles étaient en position intermédiaire. Il avait une hypotonie axiale et périphérique. Il avait une ataxie. Les réflexes ostéotendineux étaient normaux. Il avait présenté des tremblements au niveau des mains. Il n'existait pas de troubles cardiorespiratoires ni de troubles hémodynamiques. L'interrogatoire orienté retrouvait qu'il existait une possibilité d'inhalation accidentelle de cannabis. Les examens complémentaires de première intention étaient normaux. La recherche toxicologique confirmait alors un taux élevé de cannabis au niveau urinaire (>100 ng/mL). Les taux

sanguins de delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) étaient également positifs. La prise en charge était symptomatique, consistant en une hydratation pendant 4 jours assurant une diurèse osmotique. Une administration du charbon activé tous les six heures. Un traitement par flumazenil à 2 reprises. L'évolution clinique était marquée par une régression complète de la symptomatologie au bout de 5 jours.

**Conclusion :** Du fait de l'augmentation de la consommation des substances illicites en Tunisie, l'intoxication infantile par le cannabis semble de plus en plus fréquente. Il est nécessaire de l'avoir à l'esprit. Nos pratiques doivent intégrer la recherche des dérivés cannabinoïdes dans les urines notamment en cas de tableau neurologique inexpliqué.

## **P196. INTOXICATION AU BACLOFÈNE : A PROPOS DE DEUX CAS**

AUTEURS : YACOUBI S<sup>(1)</sup>, TALIK I<sup>(1)</sup>, BEN SIK ALI H<sup>(1)</sup>, GHARBI R<sup>(1)</sup>, FEKIH HASSEN M<sup>(1)</sup>, ELATROUS S<sup>(1)</sup>.

<sup>1</sup>. Service de Réanimation médicale de l'hôpital EPS Taher Sfar.

**Introduction:** Le baclofène, myorelaxant d'action centrale, est un analogue structural de l'acide gamma amino butyrique (GABA). Il est caractérisé par un puissant effet dépressur du système nerveux central responsable d'effets indésirables. Des doses de 150 à 300mg peuvent induire une intoxication sérieuse. Cette intoxication peut être sévère pour des doses de 300 à 1000mg et fatale pour des doses de 1250 à 2500mg. Nous rapportons deux cas d'intoxications sévères au baclofène.

**Observation 1 :** Une patiente âgée de 23 ans, ayant comme antécédent une neuropathie familiale traitée par baclofène, est hospitalisée en réanimation pour une intoxication volontaire au baclofène (quantité non précisée). A l'examen, elle présente un coma hypotonique sans signe de localisation, un myosis serré bilatéral, une bradycardie à 50 bpm, avec une tension artérielle à 100/62 mmHg. L'ECG a révélé un BAV de 1<sup>er</sup> degré et bloc de branche droit incomplet. L'évolution était favorable après 24 heures de ventilation mécanique avec disparition du BAV à l'ECG.

**Observation 2 :** Patiente âgée de 15 ans, sans antécédents, amenée aux urgences pour trouble de la conscience suite à une ingestion volontaire de 16 comprimés de baclofène. L'examen aux urgences a objectivé une patiente comateuse avec un Glasgow à 8, bradynéique avec une acidose respiratoire à la gazométrie, sans retentissement hémodynamique. Elle a été transférée au service de réanimation avec évolution favorable : reprise d'un bon état de conscience au bout de 12 heures et disparition de signes de d'hypoventilation alvéolaire.

**Discussion:** Le baclofène (acide bêta-(4-chlorophénol)-gamma-aminobutyrique) est un agoniste spécifique du récepteur GABAB. Il est rapidement (pic atteint en 1 - 3,5 h) et bien résorbé (70 - 80%) par voie orale à dose thérapeutique, moins rapidement et incomplètement après un surdosage. Sa demi-vie plasmatique d'élimination est de 3 à 4 h à dose thérapeutique, et lors de surdosages de 4,6 h à 8,6 h, voire pouvant atteindre 34 heures. L'intoxication est caractérisée par l'apparition d'un coma pouvant être profond, hyporéflexique, hypotonique, de convulsions, d'une dépression respiratoire et d'un retentissement cardiocirculatoire comme les BAV, l'allongement du QT, les blocs de branche, les troubles du rythme supraventriculaires. Le coma profond peut être accompagné de signes de dysfonction du tronc cérébral (abolition des réflexes du tronc : réflexe cornéen, yeux de poupée ; mydriase aréactive ; apnée), mimant la mort cérébrale. L'EEG pouvant revêtir un tracé paroxystique de « burst suppression ». Le traitement est symptomatique. Le pronostic dépend de la précocité de la prise en charge et la dose ingérée.

**Conclusion:** La gravité de l'intoxication au Baclofène est en rapport essentiellement aux complications neurologiques et respiratoires

## **P197. CARDIOMYOPATHIE DE TAKUTSUBO SECONDAIRE À UNE ENVENIMATION SCORPIONIQUE : À PROPOS DE DEUX CAS.**

AUTEURS : OUANES I<sup>(1)</sup>, MAATOUK M<sup>(2)</sup>, BEN ABDALLAH S<sup>(1)</sup>, HAMMED H<sup>(1)</sup>, DACHRAOUI F<sup>(1)</sup>, MNARI W<sup>(2)</sup>, JABLA R<sup>(1)</sup>, MARZOUK M<sup>(1)</sup>, BELAKHAL H<sup>(1)</sup>, OUANES-BESBES L<sup>(1)</sup>, GOLLI M<sup>(2)</sup>, ABROUG F<sup>(1)</sup>.

<sup>1</sup>- Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir.

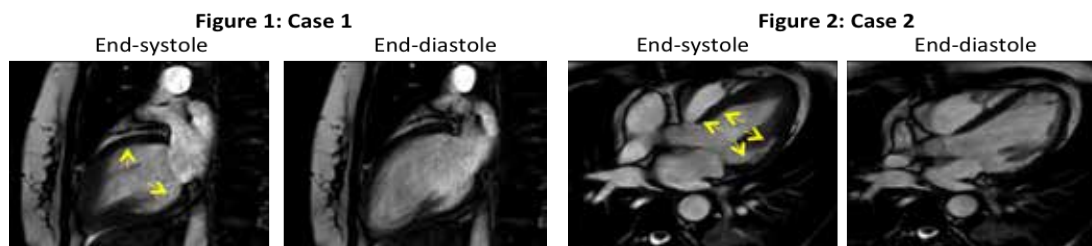
<sup>2</sup>- Service d'Imagerie Médicale, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir.

**Introduction :** L'insuffisance cardiaque est la présentation clinique la plus sévère de l'envenimation scorpionique (ES). La cardiomyopathie des ES est liée à une libération massive de catécholamines, et se caractérise par sa gravité et sa réversibilité (1). La cardiomyopathie de Takutsubo est liée également à une décharge de catécholamines et elle est réversible (2).

**Patients et Méthodes :** Nous rapportons deux cas consécutifs de cardiomyopathie de Takutsubo survenues suite à deux envenimations scorpioniques (*Androctonus Australis*).

**Résultats :** Cas clinique 1: Une femme, âgée de 36 ans, était admise 3 heures après une envenimation scorpionique. Elle était en insuffisance respiratoire aiguë avec état de choc. Elle a reçue une oxygénothérapie en alternance avec la CPAP et mise sous Dobutamine. La radiographie de thorax a montré un syndrome alvéolaire bilatéral correspondant à un OAP et à l'ECG, il y avait une tachycardie sinusale avec un sous-décalage de ST en

V3, V4, V5 et V6. Les pics de troponines et de NT pro-BNP étaient respectivement de 3,4 ng/ml et de 3430 pg/ml. L'échocardiographie cardiaque a révélé une dysfonction systolique du VG (FEVG = 30%) avec un ratio E/E' = 10. Une IRM cardiaque faite le jour même a mis en évidence une ballonnisation basale du VG (Figure 1) avec une dysfonction biventriculaire (FEVG = 37%). La patiente a été mise sortante 5 jours après l'admission et une IRM cardiaque de contrôle effectuée un mois plus tard était normale. Cas clinique 2: Une femme de 45ans était admise dans notre réanimation 7 heures après une envenimation scorpionique dans un tableau de coma avec IRA et état de choc nécessitant le recours à la VM avec administration de dobutamine. La radiographie de thorax a révélé des opacités alvéolo-interstitielles bilatérales avec des troponines et des NT Pro-BNP respectivement à 3,1 ng/ml et 6270 pg/ml. L'échocardiographie cardiaque a montré une dysfonction systolique du VG (FEVG = 35%). Une IRM cardiaque faite 24 heures après la piqûre du scorpion a montré également une ballonnisation basale (Figure 2) (FEVG = 41%). La patiente a été mise sortante 4 jours après l'admission en réanimation.



**Conclusion:** Ces deux observations renforcent l'hypothèse de la cardiomyopathie catécholaminergique comme mécanisme principal lors de l'ES.

#### References:

1. Abroug F, Souheil E, Ouanes I, et al. Scorpion-related cardiomyopathy: Clinical characteristics, pathophysiology, and treatment. *Clin Toxicol* 2015;53(6):511-518.
2. Eitel I, von Knobelsdorff-Brenkenhoff F, Bernhardt P, et al. Clinical characteristics and cardiovascular magnetic resonance findings in stress (takotsubo) cardiomyopathy. *Jama* 2011;306(3):277-286.

## P198. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES INTOXICATIONS A L'HOPITAL DE MAHDIA : ETUDE A PROPOS DE 315 CAS

AUTEURS : TOUIL Y, MATEUR H<sup>(1)</sup>, BEN SIK ALI H<sup>(1)</sup>, TILOUCHE N<sup>(1)</sup>, GHARBI R<sup>(1)</sup>, FEKIH HASSEN M<sup>(1)</sup>, ELATROUS S<sup>(1)</sup>.

<sup>1</sup>. Service de Réanimation médicale de l'hôpital EPS Taher Sfar.

**Introduction :** Les intoxications aiguës représentent un motif fréquent d'admission aux urgences et en réanimation. La mortalité globale des intoxications est largement inférieure à 1% mais peut dépasser 10% pour certains cardiotropes. Objectif : étudier le profil épidémiologique des intoxications à l'hôpital Taher Sfar de Mahdia.

**Matériels et Méthodes :** C'est une étude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia. Tous les patients hospitalisés en réanimation entre Mars 2001 et septembre 2015 étaient inclus dans cette étude. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques, le score de gravité (SAPSSII), les antécédents psychiatriques, les cause de l'intoxication, les le recours à la ventilation mécanique et aux drogues vasoactives, la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique et le devenir.

**Résultats :** Durant la période de l'étude 315 patients d'âge médian à 23, et à prédominance féminine (sex ratio à 0.25) étaient inclus. Un antécédent psychiatrique était observé chez 27% des cas. Le taux de récurrence de l'intoxication était de 10%. Les produits utilisés pour l'intoxication étaient, lannates (12.7%), les chloraloses (25.1%), les organophosphorés 25.1%, les psychotropes (16.5%), les betas bloquants (1%), le phosphore d'aluminium (3.5%) et autres médicaments 17.8%. Cent quatre vingt seize patients (62.2%) étaient ventilés mécaniquement et 24 patients (7.6%) avaient nécessité l'administration des drogues vasoactives. La durée médiane de séjour était de 2 jours. La mortalité était de 6%. En analyse multivariée, le SAPSSII (OR : 1.06, IC 95% (1.02-1.1), p=0.003) et le recours aux drogues vasoactives (OR : 61.69, IC 95% (9.15 -415.86) p<10<sup>-3</sup>)

**Conclusion :** Près de la moitié des intoxications hospitalisées en réanimation de Mahdia était secondaire à des médicaments. La mortalité reste élevée. Les facteurs prédictifs de mortalité étaient le SAPSSII et le recours aux drogues vasoactives.



## **P199. INTOXICATION GRAVE AU METHANOL COMPLIQUEE D'UNE CECITE BI-LATERALE**

AUTEURS : CHEBBI.N, CHELLY.M\*, AMMAR.C, KAHLOUL.M, KHADRAOUI.M, NAIJA.W

*Service d'Anesthésie Réanimation - CHU Sahloul*

**Introduction :** Le méthanol est un liquide incolore et volatil. C'est l'un des composants de nombreux produits industriels (diluants pour peintures, vernis...). L'intoxication aiguë au méthanol peut être mortelle, et chez les survivants, le tableau est dominé par une neuropathie optique dont le pronostic est souvent sombre. Le méthanol n'est pas toxique par lui-même, mais c'est l'un de ses métabolites, notamment l'acide formique, qui a des effets neurotoxiques.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 28 ans admis dans le service de réanimation de l'hôpital Sahloul dans un état d'agitation extrême et douleurs abdominales évoluant depuis 24 heures. Il était polypnéique à 28 cycles/min. La pression artérielle était à 120/80 mmHg, Fc à 92 bpm. L'examen neurologique était normal à part l'agitation. Par ailleurs il était apyrétique, et sans signes d'irritation péritonéale. L'interrogatoire avec son entourage a révélé la notion d'ingestion volontaire de diluant pour peinture, remontant à 24 heures. Le patient a été intubé devant l'aggravation de son état d'agitation. Le bilan biologique trouvait une acidose métabolique sévère (pH à 7,00 ; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> à 5,8 mmol/l ; PaCO<sub>2</sub> à 23,3 mmHg ; Lactate à 2,2 mmol/l), un trou anionique à 23,2 mmol/l, une créatininémie à 209 µmol/l. L'évolution était favorable au bout de 48 heures de réanimation, avec normalisation du pH après alcalinisation, sans le recours à une épuration extra rénale, mais une mydriase bilatérale aréactive s'est installée malgré un état de conscience strictement normal avec une cécité bilatérale. L'examen ophtalmologique a retrouvé un œdème papillaire bilatéral. Les potentiels évoqués visuels (PEV) et l'électrorétinogramme (ERG) ont conclu à une neuropathie optique bilatérale très sévère non améliorée par une corticothérapie.

**Discussion :** Après ingestion, le méthanol est métabolisé en acide formique qui est le métabolite toxique. Les signes apparaissent 6 à 12 heures après. La forme mineure se caractérise par un tableau digestif. A des doses plus importantes apparaissent des signes oculaires et neuropsychiatriques allant jusqu'au coma et le décès. La symptomatologie oculaire est faite de brouillard, de phosphènes et baisse visuelle rapide. Les potentiels évoqués visuels sont très altérés, voir éteints. Dans les intoxications sévères le sujet décède par détresse respiratoire. La récupération complète est rare. Le plus souvent le pronostic visuel est sombre, avec baisse visuelle sévère et définitive par atrophie optique.

**Conclusion :** L'intoxication au méthanol est rare mais grave. Le diagnostic est basé sur l'existence de troubles oculaires, la présence simultanée d'une acidose avec trou anionique et d'un trou osmolaire. La mise en évidence de méthanol au niveau sanguin confirme la nature de l'intoxication. En dehors du traitement symptomatique, le traitement spécifique repose sur l'utilisation d'antidotes que sont l'éthanol et la 4-méthylpyrazole.

## **P200. UNE PIQURE D'ABEILLE : FAITES ATTENTION, ÇA POURRAIT ETRE GRAVE !!!**

AUTEURS : FREDJ H, KHELFA M, BLEL Y, M'RAD A, BRAHMI N, AMAMOU M

*service de réanimation polyvalente et de toxicologie, Centre d'assistance médicale urgente*

**Introduction :** Les piqûres d'abeilles, quoique leur gravité est sous estimée par la communauté médicale, peuvent être responsables de manifestations allergiques généralisées nécessitant l'hospitalisation en milieu de soins intensifs. La toxicité est médiée à leurs venins qui contiennent des enzymes et des amines responsables de différentes manifestations locales ou systémiques de type état de choc anaphylactoïde. Les symptômes sont plus intenses en cas de piqûres multiples vu que la quantité de venin injectée est plus importante.

**Méthode :** Etude rétrospective, menée sur une période de 14 ans, portant sur 26 dossiers de patients admis dans notre service pour piqûres d'abeilles.

**Résultats :** La médiane d'âge était de 45 ans [30,2 ; 61], le sexe ratio était de 1,6. Le délai moyen de consultation était de 6,4 ± 2, 6h, avec un délai moyen d'apparition des lésions de 10,5 ± 5 h.

**Cinquante trois pourcent des piqûres sont survenues au deuxième trimestre de l'année. Quatre patients avaient un terrain d'atopie. Les sites de piqûres étaient:** les membres (61%), le cou (19%) et le tronc (7%). Les signes locaux étaient constants, à type de : d'érythème dans tous les cas, des papules (81%), de douleur au point de piqûres (77%), d'impotence fonctionnelle du membre atteint (15%) et d'œdème (73%). Les signes généraux étaient, un urticaire généralisé (50%), des vertiges (50%), une dyspnée (19%), des troubles digestifs (15%), une fièvre (11%), une hypotension (30%), un état de choc (15%), une altération de l'état de conscience (n=2), un arrêt respiratoire (n=1) et un cas d'anémie hémolytique. L'étude analytique a révélé la présence d'une corrélation entre la survenue d'hypotension artérielle et le nombre de piqûres (p=0,008) (IC=95%). Le traitement a consisté en une extraction des dards dans tous les cas, une expansion volémique (38%), l'administration d'adrénaline (23%), des corticoïdes (54%) et d'antihistaminiques (23%).



**Conclusion :** La gravité de la piqûre d'abeille est liée aux manifestations allergiques généralisées qu'elle provoque. En l'absence de traitement antidotique, le traitement reste essentiellement symptomatique. L'extraction des dards doit être systématique afin d'arrêter l'inoculation du venin et de limiter les complications.

## **P201. INTOXICATION AIGUE AU PARACETAMOL : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE**

AUTEURS : ESSAFI F\*, FOUHAILI N, M'RAD A, BLEL Y, BRAHMI N, AMAMOU M

*Service de réanimation polyvalente et de toxicologie, Centre d'assistance médicale urgente*

**Introduction :** L'intoxication au paracétamol, fréquente en Tunisie, peut engager le pronostic vital du fait du risque majeur d'hépatotoxicité. Le recours au traitement par l'antidote doit être encouragé et utiliser précocement pour améliorer le pronostic. Le but de cette étude est d'exposer le profil épidémiologique et pronostique de cette intoxication.

**Méthode :** Etude rétrospective, descriptive s'étalant sur 20 mois (janvier 2014 – août 2015) incluant tout les malades admis pour intoxication avérée au paracétamol.

**Résultats :** 67 patients ont été inclus, l'âge moyen était de  $24 \pm 10$  ans avec des extrêmes entre 14 et 70 ans. Parmi eux, 82% (n=55) avaient un âge inférieur à 30 ans. La prédominance féminine est manifeste avec un sex-ratio de 0,2. Douze patients (18%) avaient des antécédents psychiatriques. L'intoxication était poly-médicamenteuse dans 57% (n=38) des cas, majoritairement associé à des AINS. Le délai de consultation par rapport à l'ingestion varie entre 1 et 144 heures. La dose ingérée moyenne était de  $10 \pm 7$  g [2-38]. Les principales manifestations cliniques consistaient à des vomissements (57%) et des douleurs abdominales (46%). Le dosage de la paracétamolémie réalisée essentiellement à H4 était en moyenne de  $114 \pm 85$  mg/l. Une cytolyse hépatique était observée dans 12% des cas (n=8) et une insuffisance hépatocellulaire chez 4 d'entre eux ; la paracétamolémie moyenne à H4 chez les huit patients qui ont présenté une atteinte hépatique était de  $330 \pm 53$  mg/l. La N-acétylcysteine a été administrée sous la forme IV (FLUIMICIL®) chez 41 patients (61,2%) et sous la forme orale (MUCALATOR®) chez 14 patients (21%). La médiane de la durée de séjour était de 24 heures [5-85] et l'évolution est favorable chez tous les patients, même ceux qui ont présenté une atteinte hépatique.

**Conclusion :** L'hépatotoxicité secondaire à l'intoxication aigue par le paracétamol est assez fréquente. Elle peut être grave et peut engager le pronostic vital en l'absence de traitement spécifique et adéquat dans un milieu approprié.

## **P202. PRONOSTIC DES INTOXICATIONS: ETUDE COMPARATIVE ENTRE LES INTOXICATIONS AUX PESTICIDES ET LES INTOXICATIONS MEDICAMENTS**

AUTEURS : TOUIL Y, TALIK I, MATEUR H<sup>(1)</sup>, BEN SIK ALI H<sup>(1)</sup>, TILOUCHE N<sup>(1)</sup>, GHARBI R<sup>(1)</sup>, FEKIH HASSEN M<sup>(1)</sup>, ELATROUS S<sup>(1)</sup>

*Service de réanimation Médicale de l'EPS Mahdia*

**Introduction :** La mortalité globale des intoxications est très largement inférieure à 1%. Le pronostic de certaines intoxications dépend du produit toxique. Objectif de l'étude : est de comparer la morbi-mortalité des intoxications aux pesticides et aux médicaments.

**Matériels et méthodes :** C'est une étude rétrospective réalisée au service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia. Tous les patients hospitalisés en réanimation entre Mars 2011 et septembre 2015 pour intoxication aigue étaient inclus dans cette étude. Deux groupes des patients sont individualisés est devisée entre deux groupes : Groupe 1 (G1) intoxication aux pesticides, Groupe 2 (G2) : intoxications médicamenteuses. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques, le score de gravité (SAPSSII), les antécédents psychiatriques, les cause de l'intoxication, les le recours à la ventilation mécanique et aux drogues vasoactives, la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique et le devenir

**Résultats :** Durant la période de l'étude 315 patients (214 dans le groupe1 et 115 dans le groupe) (d'âge médian à 23, et à prédominance féminine (sex ratio à 0.25). Étaient inclus. Les patients du G2 étaient significativement plus âgés (25 ans vs 22 ans avec  $p=0.0001$ ). Le score de gravité SAPSSII était similaire entre les deux groupes 22 dans le G1 et 25 dans le groupe2). Le recours à la ventilation mécanique était significativement plus fréquent dans le G1 (76.5% vs 36%). A l'admission 11 patients (5.4%) étaient en état de choc contre 13 patients (11.7%). La médiane de la durée de ventilation mécanique était de 1 jour dans le groupe 1 et 2 jours dans le groupe 2. Cette différence est statistiquement non significative. La durée de séjour était significativement plus prolongée dans le groupe pesticide (3 jours Vs 4 jours),  $p=0,024$ ). Neuf patients (4.4%) dans le groupe 1 et 10 patients dans le groupe 2,  $p=0.102$ ).

**Conclusion :** Les intoxications médicamenteuses sont responsables d'un allongement de la durée de séjour en réanimation. La mortalité dans les deux types d'intoxications reste élevée.

## **P203. INTOXICATIONS AIGÜES PAR LE GLIBENCLAMIDE: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES**

AUTEURS : BEN LAKHAL H\*, M'RAD A, BLEL Y, KHELFA M, BRAHMI N, AMAMOU M.

*Ben Lakhal H\*, M'Rad A, Blel Y, Khelfa M, Brahmi N, Amamou M.*

**Introduction:** Les sulfamides hypoglycémisants sont des antidiabétiques oraux largement utilisés dans le traitement du diabète type 2. Parmi eux, le Glibenclamide est le plus prescrit en Tunisie. Peu étudiée, l'intoxication aiguë par le Glibenclamide nécessite une surveillance rapprochée car elle peut se compliquer d'hypoglycémie sévère.

**Patients et méthodes:** Etude rétrospective réalisée sur une période de 6 ans et 6 mois allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2009 au 30 Juin 2015 et incluant tous les patients hospitalisés pour intoxication aiguë et pure au Glibenclamide. Tous les malades ayant ingéré une autre substance quelque en soit sa nature étaient exclus. Pour chaque patient, nous avons colligés les données démographiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques. Dans cette étude une glycémie capillaire inférieure ou égale à 0,65 g/l définissait une hypoglycémie.

**Résultats:** Nous avons colligé 45 patients, 15 hommes et 30 femmes (sexe-ratio=0,5). L'âge moyen était de 27±10ans. L'intoxication était volontaire chez tous les patients. Seulement 5 patients (11%) étaient diabétiques et ont ingéré leur propre traitement ; pour les autres, ils s'agissaient du traitement d'un parent. Le délai médian de consultation aux urgences après l'intoxication était de 3 [2;5] heures. L'intoxication s'est compliquée d'une hypoglycémie dans 64% des cas (n=29) (groupe hypoglycémie (+)). Les autres patients (n=16) n'ont pas présenté d'hypoglycémie (groupe hypoglycémie (-)). Les deux groupes étaient comparables en terme d'âge (p= 0,41) et de sexe (p= 0,10) par contre la dose supposée ingérée (DSI) était significativement plus élevée dans le groupe hypoglycémie (+) (95 [55;112] mg) par rapport au groupe hypoglycémie (-) (40 [21;90] mg) ; (p=0,004). La durée d'hospitalisation était significativement plus prolongée dans le groupe hypoglycémie (+) (31±12 h vs 15±5 h avec p<10-3). Pour le groupe hypoglycémie (+), la durée moyenne d'apparition de l'hypoglycémie était de 6,5±3 h avec des extrêmes de 1 et 15 h. La médiane de la quantité d'hydrate de carbone perfusée par voie intraveineuse était de 300 [200;350] g et des extrêmes à 75 g et 1200 g. En cas d'hypoglycémie, il y avait une faible corrélation entre la DSI et le délai de survenue de l'hypoglycémie (R<sup>2</sup><10-3), la DSI et la quantité d'hydrate de carbone administrée par voie intraveineuse (R<sup>2</sup>=0,24) et enfin entre la DSI et la durée d'hospitalisation (R<sup>2</sup>=0,20).

**Conclusion :** L'intoxication aiguë par les sulfamides hypoglycémisants et en particulier le Glibenclamide est de plus en plus fréquente en Tunisie suite à l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2. Elle nécessite une surveillance rapprochée et prolongée du fait de l'intervalle libre qui sépare la prise et l'apparition d'une hypoglycémie dont le traitement consiste à un apport prolongé et parfois important d'hydrate de carbone par voie intraveineuse afin d'éviter les complications.

## **P204. INTOXICATION AU BÊTA BLOQUEURS, A PROPOS DE TROIS CAS**

AUTEURS : YOUNES S\*, OMIR M, BRAHIM DH, KRAIEM H, NAIJA M, CHEBILI N

*CHU sahloul Sousse SAMU 03*

**Introduction :** Les intoxications aiguës représentent un motif fréquent d'appel aux centres de réception et de régulation des appels (CRRA) du SAMU et d'admission aux urgences et en réanimation. Les intoxications par les médicaments cardiotoxiques sont associées à une morbidité et à une mortalité importante en Tunisie, le nombre de ces intoxications progresse constamment depuis plus de 15ans. Les bêtabloquants restent parmi les produits les plus redoutables avec des conséquences hémodynamiques souvent difficiles à gérer

**Observations :** Trois cas ont été rapportés durant ces trois derniers mois (juin, juillet, août 2015) au centre SAMU 03, dont deux au Propranolol (avlocardyl) et un au Acebutolol (sectral).

**Cas I :** appel pour une femme de 20ans originaire de ksour Essef, intoxication volontaire par 08 cp d'Avlocardyl (propranolol), d'environ 20min avant la consultation. A l'examen par l'équipe SMUR : GCS à 15, PA à 120/60 mmhg, SpO<sub>2</sub> à 99%, ECG : RRS à 70 bpm, pas de troubles de rythmes ni de repolarisation, la CAT était : lavage gastrique, charbon activé, transport aux urgences où elle a reçu du glucagon, avec une bonne évolution ultérieure.

**Cas II :** appel des urgences Ksar Hlal pour une femme de 19ans, à H4 d'une intoxication volontaire au Sectral Acebutolol (15 cp de 40mg), à l'arrivée du SMUR : GCS à 14 ; PA : 50/30 mmhg ; FC à 50 ; SpO<sub>2</sub> à 92%. GAD à 0.6 g/l. ECG : bradycardie sinusale. CAT : remplissage, réuscage, adrénaline 2mg/h en PSE, puis transfert vers un service de réanimation. L'évolution a été marquée par l'aggravation de l'état hémodynamique et neurologique nécessitant l'assistance respiratoire puis circulatoire (SEES) mais l'hypotension et la bradycardie étaient réfractaires entraînant le décès et la patiente

**Cas III :** appel à H1 pour ingestion volontaire de 20cp d'avlocardyl, à l'arrivée du SMUR : GCS à 15 ; PA à 110/60 mmhg ; FC à 80 ; SpO<sub>2</sub> à 100%. CAT : lavage gastrique, charbon activé, surveillance. Transfert aux urgences, administration de glucagon, l'évolution était favorable sans apparitions de signes d'imprégnations.

**Conclusion :** L'intoxication au bêtabloqueurs reste un problème de santé dont la fréquence est en hausse et dont la mortalité reste élevée, la prise en charge préhospitalière reste primordiale dans le pronostic en introduisant un traitement spécifique précocement comme le glucagon et en orientant les patients vers une structure où l'entraînement électrosystolique peut être réalisé.

## **P205. PCT ET PNEUMOPATHIE D INHALATION DANS L INTOXICATION AIGUE AU CHLORALOSE**

AUTEURS : ROMDHANI.S\*, BEJI.O, ATIG.R, MEJRI O, BAROUDI J, SBOUI G, HMOUDA.H

*Hopital Sahloul et service de réanimation médicale Sahloul*

**Introduction:** Le dosage de la procalcitonine (PCT) dans le diagnostic précoce des pneumopathies d'inhalation chez les patients ventilés pour coma toxique, en l'occurrence dans l'intoxication au chloralose n'a quasi-jamais fait preuve d'évaluation. L'objectif de notre étude était de comparer les patients admis en réanimation pour coma toxique à ce raticide, selon qu'ils aient reçus ou pas d'antibiothérapie probabiliste dans le cadre d'une PI.

**Patients et méthodes:** Etude prospective observationnelle monocentrique sur 21 mois. Inclusion des patients ayant présenté une intoxication aigue volontaire au chloralose, intubés pour un coma (Glasgow<8) n'ayant pas reçu d'antibiothérapie préalable à la réanimation. Les données anamnestiques, cliniques, biologiques, radiologiques ainsi que les modalités évolutives ont été recueillies. Le dosage de la PCT a été réalisé entre H12 et H 18 de l'intubation. L'indication d'une antibiothérapie a été laissée au seul jugement du clinicien (basé sur des critères usuels n'incluant pas la PCT).

**Résultats:** 37 patients ont été inclus, âge moyen  $27 \pm 6$  ans, IGSII moyen à 18, un sex ratio de 0.32, Délai de PEC  $2,5 \pm 1$ h. Une antibiothérapie a été prescrite chez 23 patients (64%), Les 2 groupes ATB (+) et ATB (-) n'étaient pas différents en termes d'âge, sexe, gravité (IGSII), pas de différence significative pour la durée de séjour ni de la ventilation mécanique. Les pneumopathies sont survenues entre le premier et le troisième jour. Dans le groupe ATB (+) 11 patients (48%) avaient de la fièvre et des sécrétions mucopurulentes ainsi qu'une CRP positive, mais 21 patients (92%) avaient une radiographie pulmonaire pathologique. La PCT n'était positive que chez 5 patients du groupe ATB (+).

**Commentaires:** Dans notre étude, l'indication d'une antibiothérapie probabiliste retenue par le clinicien, était le plus souvent basée sur une évaluation clinique et radiologique. Le fait que les opacités radiologiques pouvaient correspondre aussi à des troubles ventilatoires ou même des pneumopathies chimiques, serait une hypothèse pour expliquer l'absence de SIB associé, chez certain patients qui ont quand même reçu des antibiotiques. Une analyse critique dans une démarche d'amélioration de la qualité de soins pourrait aussi suggérer que la stratégie menant à la prescription d'antibiotique en matière de PI gagnerait à inclure le dosage de la PCT. Selon Baudry et col. Une PCT élevée dès l'intubation pourrait être un élément diagnostique précoce de pneumopathie d'inhalation chez les patients admis en réanimation pour coma d'origine non traumatique.

**Conclusion:** La PI compliquant le coma au chloralose est une entité assez fréquente en toxicologie. Des études incluant le dosage de la PCT ciblée pourrait permettre d'affiner la démarche diagnostique et la stratégie thérapeutique (initiation, durée...) non seulement chez les patients admis en réanimation pour coma toxique mais vraisemblablement pour tout coma d'origine non traumatique.

## **P206. INTOXICATION PAR ATRACTYLIS GUMMIFERA L : INTOXICATION TOUJOURS D'ACTUALITE**

AUTEURS : BLEL Y, ADALA S, FREDJ H, M RAD A, BRAHMI N, AMAMOU M

*Service de réanimation polyvalente et de toxicologie, Centre d'assistance médicale urgente*

**Introduction :** *Atractylis gummifera* L ou Chardon à glu ou « Addad » est une plante répandue dans les pays du Maghreb. L'intoxication par cette plante est peu connue, le plus souvent accidentelle, touche principalement les enfants vivants en milieu rural avec une issue fatale dans la majorité des cas. En Tunisie une dizaine de cas ont été rapportés. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques : cliniques, biologiques et évolutives de ce type d'intoxication.

**Méthodes :** Nous rapportons trois cas d'intoxication par le chardon à glu hospitalisés au service de réanimation du Centre d'Assistance Médicale Urgente entre Janvier 2007 et Décembre 2014. Le recueil des données a été fait à partir des dossiers d'hospitalisation.

**Résultats :** Trois garçons âgés entre 5 et 7 ans habitants des zones rurales ont été colligés. Le délai moyen de consultation était de  $12 \pm 4$  h. Le délai d'admission en réanimation était supérieur à 12 heures. Les douleurs abdominales et les vomissements suivis d'un coma convulsif étaient constants; A la biologie : la cytolyse hépatique était présente dans tous les cas. Les 3 patients ont présenté une insuffisance hépato cellulaire. Le diagnostic a été

retenu sur les données anamnestiques, cliniques et biologiques. La recherche toxique dans les urines était négative aux toxiques usuels. L'évolution était défavorable malgré le traitement symptomatique, marquée par : une insuffisance hépato cellulaire grave (cytolyse, cholestase, taux de Prothrombine (TP) bas), une insuffisance rénale aigue initialement à diurèse conservée puis anurique, une acidose métabolique lactique, une rhabdomyolyse et un état de choc vasoplégique réfractaire. Les trois garçons étaient décédés dans un tableau de défaillance multi-viscérale.

**Conclusion :** En l'absence de traitement spécifique, le remède reste la prévention basée sur la sensibilisation et l'information du public qui doit être averti des dangers de cette plante. Des recommandations doivent être faites à tous les niveaux de la hiérarchie sanitaire pour une prise en charge rapide et adaptée des intoxiqués en milieu de réanimation. Un traitement antidotique immunologique pourrait être une alternative.

## **P207. INTOXICATION ACCIDENTELLE PAR LA METFORMINE: PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUES ASSOCIÉS À LA MORTALITÉ: À PROPOS DE DEUX CAS**

AUTEURS : ALLALA.R\*, MEDHIOUB F, CHTARA K, ZEKRI M, CHAARI A, BEN HAMIDA C, BAHLOUL M, BOUAZIZ M.

*Service de réanimation médicale CHU Habib Bourguiba. Tunisie*

**Introduction :** Malgré le respect des contre indications de la prescription des biguanides, l'acidose lactique liée à la metformine peut encore survenir, surtout dans certaines situations. A l'occasion de ces 2 observations, nous proposons de rappeler les principaux facteurs de risques associés à la mortalité.

### **Observations :**

**Observation 1 :** Patiente âgée de 65ans, diabétique sous metformine, hypertendue sous ARAII, admise en réanimation dans un tableau de défaillance multiviscérale. L'interrogatoire trouve une notion de gastro entérite qui a duré 7 jours et un tableau d'AIT (accident ischémique transitoire) le jour de son admission. A l'examen : Patiente confuse, polypneique, EDC avec TA=60/30 FC=120 b/min. La biologie : Acidose métabolique sévère de type lactique avec pH=6,69 ; bicar=2,7 et lactate=11mmol/l .une insuffisance rénale avec urée= 20 creat=618 hyperkaliémie=6,5mmol/l, une cytolyse hépatique avec ASAT= 255 ALAT=170 Une échographie abdominale et rénale normal. La patiente a été mise sous noradrénaline après remplissage vasculaire et alcalinisation, et a bénéficié d'une séance d'hémodialyse en urgence.L'évolution a été marquée par le décès de la patiente dans un tableau de défaillance multiviscérale.

**Observation 2 :** Patiente âgée de 55ans, diabétique sous metformine admise au service de réanimation pour détresse neurologique et respiratoire. A l'examen : SCG 3/15, TA=118/93, FC=118, polypneique, des râles crépitants à l'auscultation, un sous décalage ST à L'ECG avec troponine à 0,59. La biologie a montré une acidose métabolique sévère de type lactique (avec pH=7,04 ; bicar= 9mmol/l et lactate =7 mmol/l) ; un TP=40% ; une ammoniémie =80 µmol/l. La TDM abdominale a révélé un foie de cirrhose et l'echo cœur a objectivé une dysfonction systolique globale avec FE=40%.La patiente a été intubée, traitée pour son OAP cardiogénique sur poussée ischémique et a reçu comme traitement de l'acidose : l'alcalinisation et l'EER.L'évolution a été marqué par l'aggravation de son état hémodynamique avec apparition d'un EDC septique à porte d'entrée pulmonaire et la patiente était décédée dans un tableau de défaillance multiviscérale.

**Conclusion :** l'intoxication accidentelle par la metformine est plus grave que l'intoxication volontaire car la gravité n'est pas liée à la concentration plasmatique de la metformine.Une insuffisance rénale peut favoriser l'intoxication mais n'est pas un facteur de risque de mortalité. Les principaux facteurs de risques associés à la mortalité: Sepsis, problèmes cardiovasculaires aigus, Insuffisance hépatique terminale.

## **P208. THROMBOTIC MICROANGIOPATHY (TMA) SYNDROMES IN THE ICU : EXPERIENCE OF A TUNISIAN ICU.**

AUTEURS : AYACHI J\*, KHEDHER A, MEDDEB K, AZOUZI A, HAMDAROUY Y, NOUIRA H, BOUNEB R, BOUSSARSAR M

*Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital. Sousse, Tunisia*

**Background:** Thrombotic microangiopathy syndromes are an uncommon cause of ICU admission. They include several conditions characterized by clinical and biological manifestations such as neurological disorders, renal failure, hemolytic anemia and peripheral thrombocytopenia. Thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) and haemolytic uremic syndrome (HUS) are the two classic forms of TMA. Objective: To analyze the clinical and biological features and evaluate the prognosis of TMA in the ICU.

**Method:** It is a retrospective study performed in an 8-beds medical ICU during a period of fifteen years from 2000 to 2014. Were analyzed clinical, biological, therapeutic and outcome characteristics of patients.

**Results:** Seven cases of TTP were collected during this period. Clinical, biological, therapeutic and outcome characteristics are displayed on the table below. In the present series patients were rather young. Neurological



symptoms were present in six patients and hemorrhagic signs only in three. Plasma exchange could be achieved in six patients with a favorable outcome only in three.

Patients	1	2	3	4	5	6	7
Age (yrs)	39	39	21	30	51	28	48
Gender	M	M	F	F	F	F	F
Fever	yes	yes	no	no	no	No	no
Clinical presentation	Transient ischemic stroke	Coma	Seizures Transient stroke Ecchymosis Gingivorrhagia	Abdominal pain	Coma Ecchymosis Petechiae	Seizures Petechiae	Confu- sion
Hemoglobin* (g/dl)	6,3	6,9	5,0	4,9	6,5	5,2	6,1
Platelet count* (/mm <sup>3</sup> )	52000	35000	24000	41000	8000	46000	13000
Schistocytes	yes	yes	yes	yes	yes	Yes	yes
Serum Creatinin (µmol/L)	87	103	114	52	101	45	73
Plasma exchange (n)	4	3	4	2	0	1	5
Corticosteroids	yes	yes	no	yes	no	No	yes
PRBCs (n)	14	2	4	4	3	3	0
Hemoglobin † (g/dl)	5.9	5,1	9,5	5,9	-	-	9,6
Platelet count † (/mm <sup>3</sup> )	21000	15000	235000	39000	-	-	30000
Length of stay (days)	9	4	6	3	1	2	7
SAPS II	16	32	37	13	60	6	23
Issue	Death	Death	Survival	Death	Death	Survival	Survival

\* : at ICU admission ; † : at ICU discharge.

**Conclusion :** Despite therapeutic progress and prognosis improvement by plasma exchange, this series of TMA patients reveals relatively high mortality.

## P209. LE BURN OUT EN REANIMATION : EST-IL SUPERIEUR AUX AUTRES SERVICES ?

AUTEURS : BEN GHEZALA H\*, BEDOUI N, BEN MBAREK N, SNOUDA S, DAOUDI R, ABBÉS MF, KADDOUR M.

Service universitaire des urgences et de soins intensifs, hôpital régional Zaghuan

**Introduction :** Le Burnout syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel résulte d'une implication intense avec les autres et qui se manifeste par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation des patients et un sentiment d'accomplissement professionnel réduit. L'objectif de notre travail était de dresser le profil épidémiologique des personnes atteintes par le burnout et de comparer sa prévalence entre le personnel soignant de la réanimation et des autres services de l'hôpital.

**Patients et Méthodes :** Étude prospective transversale descriptive réalisée dans le service des urgences et de soins intensifs de l'hôpital régional de Zaghuan incluant 79 personnels soignants qui ont donné leur accord pour participer à l'étude. Chaque participant doit répondre à un questionnaire comportant les caractéristiques sociodémographiques, les circonstances de travail et les 22 items du Malach Burnout Inventory score. L'obtention d'au moins un score pathologique (score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation ou un score bas d'accomplissement professionnel) suffit à définir le burnout. L'analyse statistique était réalisée à l'aide du logiciel SPSS 17.

**Résultats :** Cent onze questionnaires étaient distribués et 79 étaient recueillis et analysés. Le taux général de participation était de 79%. 58,2% de notre population sont touchés par le Burnout avec 26.6% sévèrement touchés dont 41,8% avec un niveau d'épuisement émotionnel élevé, 43% avaient un niveau élevé de dépersonnalisation et 39,2% avaient un niveau d'accomplissement personnel bas.

L'âge moyen de la population était de 33ans avec un écart type de 9ans. La population était de prédominance féminine avec un sex ratio à 0.46. 55,7% étaient mariés. Sur le plan professionnel, 46.8% ont choisit le service. Plus que la moitié de notre population 72.2% exerçait depuis moins de dix ans. La moyenne d'heures par semaine de travail était de 40,88 heures. 26,6% font des gardes à raison de deux gardes par semaine. Parmi les facteurs sociodémographiques, le sexe féminin était significativement associé au score d'accomplissement professionnel le plus bas ( $p=0.03$ ). 72% parmi les soignants touchés par le burnout étaient des hommes, dont 40% étaient sévèrement atteints. 61% de la population touchée étaient mariés avec un score de burnout sévère dans 22.7%.

Le service de chirurgie générale avait les scores de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation les plus élevés (72.7% et 63.6%) suivi par le service des urgences-réanimation (56% et 60%) ; tandis que le score de l'accomplissement professionnel était le plus bas dans le service de pédiatrie (14.3%) suivi par le service des urgences-réanimation (23.5%).

**Conclusion :** Ce travail montre que le niveau de Burnout reste particulièrement élevé chez les soignants travaillant dans un service de réanimation. Les caractéristiques sociodémographiques de la population jouent un rôle primordial. La prévention du burnout s'avère nécessaire. Il est important que le soignant prenne conscience de ses limites et celles de la médecine afin de se protéger efficacement contre le burnout.



## P210. UN HOQUET REVELATEUR D'OESOPHAGE NOIR ISCHEMIQUE

AUTEURS : KHEDHER.S, MAOUI.A\*, EZZAMOUI.A, SAID.Y, SALEM.M, HOUISSA.F, ELJERY.K, DEBBECHE.R, MOUELHI.L, NAJJAR.T.

Unité de soins intensifs digestifs -EPS C. Nicolle- Tunis

**Introduction :** Le hoquet est un symptôme souvent banal qui correspond à une contraction des muscles du diaphragme et une fermeture prématurée de la glotte mettant fin à l'inspiration. Lorsqu'il devient persistant il s'associe dans la plupart des cas à des maladies de nature gastro-intestinales. Paradoxalement et plus rarement il peut accompagner un état plus grave et s'avérer être le seul révélateur d'un authentique infarctus du myocarde.

**Observation :** Notre observation concerne le cas d'un sujet de sexe masculin âgé de 61 ans aux antécédents de diabète type 2, qui consulte au service de gastroentérologie pour vomissement et hoquet persistant. L'endoscopie digestive haute révèle alors une œsophagite des deux tiers moyen et inférieur ulcérée et nécrotique. La biologie trouve un état hyper-osmolaire avec une glycémie égale à 40,74 mmol/l, une urée à 37,4 mmol/l et une natrémie corrigée à 135, 72 mmol/l ainsi qu'une insuffisance rénale avec une clairance de la créatinine à 23 ml/min.

Un électrocardiogramme est réalisé dans le cadre du bilan étiologique et révèle un syndrome coronarien avec élévation du segment ST au niveau du territoire antérieur. Le taux de troponine est égal à 10 ng/ml. L'échographie trans-thoracique montre une cardiomyopathie ischémique avec une fraction d'éjection du ventricule gauche égale à 45%. Le patient a reçu initialement un traitement médical à base d'anticoagulant, statine et bêtabloquant.

Une coronarographie a été prévue mais l'état du malade s'est altéré sur le plan hémodynamique et a nécessité le recours aux drogues vasoactives. Finalement le patient décède d'un état de choc cardiogénique.

**Conclusion :** Une sémiologie parfois atypique comme le hoquet doit certes faire rechercher une maladie digestive mais également sensibiliser le clinicien à la possibilité d'une pathologie coronarienne sous-jacente. L'œsophagite nécrosante aiguë ou œsophage noir est une pathologie rare mais grave. Elle accompagne un état morbide athéromateux. Un syndrome coronarien peut s'y associer.

## P211. LE SCORBUT CHEZ LES SUJETS AGÉS : À PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : A.BEL HAJ ALI, H.SANDID, I.TCHOUNKEU, T.E.EBOGO

Service des urgences Epicura Hornu

**Introduction:** le Scorbut est une maladie liée à un déficit en vitamine C, il s'agit d'une maladie oubliée dans les pays industrialisés dont l'incidence augmente, en particulier chez les sujets âgés.

Nous rapportons le cas d'une Dame de 96ans consultant pour DEG.

**Observation:** Il s'agit de madame R.VF. Agée de 96ans autonome pour son age qui est amené par sa famille pour dégradation marquée de l'état générale évoluant progressivement depuis 1 mois et demi. A l'examen on trouve une patiente asthénique, consciente mais avec un contacte difficile un état hémodynamique et respiratoire stable. Multiples ecchymose au niveau de la paroi abdominale et des membres inférieures, pli cutané témoignant de l'état de déshydratation marquée. Une biologie complète mettant en évidence une insuffisance rénale fonctionnelle une anémie microcytaire arégenerative. Le reste était sans particularité. La patiente a été hospitalisée en gériatrie ou un bilan plus poussé a été réalisé mettant en évidence un déficit en vitamine C. Une amélioration clinique a été perçue après mise en place d'un traitement adéquat

**Discussion:** Le scorbut est une maladie due à une forte carence en vitamine C. Elle se manifeste lorsque le corps humain est en fort manque ou manque total d'acide ascorbique (dite vitamine C) depuis plusieurs mois. Puisque le corps ne peut pas synthétiser la vitamine C, il est absolument nécessaire que celle-ci soit apportée par l'alimentation en dose suffisante, de préférence en consommant des légumes et des fruits frais. Dans les pays industrialisés la fréquence tend à augmenter chez les sujets âgés.

**Conclusion:** Le scorbut est un diagnostic auquel il faut savoir penser car le pronostic est vital, le diagnostic facile par le dosage de l'ascorbémie et le traitement rapidement efficace par l'administration de vitamine C

## P212. MALADIE DE MONDOR : UNE FORME PARTICULIERE DES THROMBOSES VEINEUSES SUPERFICIELLES

AUTEURS : GARBOUJ W (1), AMRI R (1), SAHLI H (1), AMMAR Y (2), TOUNSI H (1), BEN AHMED I (1), BEN DAHMEN F (3), JAZI R (4).

<sup>1</sup> Service de Médecine Interne, Hôpital Mohamed Tahar Maamouri, Nabeul, Tunisie.

<sup>2</sup> Service d'Accueil des Urgences, Hôpital Mohamed Tahar Maamouri, Nabeul, Tunisie.

<sup>3</sup> Service de Médecine Interne, Hôpital Yasminet, Tunis, Tunisie.

**Introduction :** La maladie de Mondor (MM) est une pathologie rare assimilée à une thrombophlébite des vaisseaux superficiels de localisation souvent thoracique ou abdominale. Son diagnostic est clinique, son traitement est

symptomatique ne nécessitant pas d'anticoagulation, mais la recherche de facteurs de risque comme la chirurgie mammaire, les néoplasies thoraciques ou la thrombophilie constitutionnelle s'impose. A ce propos nous rapportons l'observation d'une patiente chez qui nous avons porté le diagnostic de maladie de Mondor par thrombose des veines épigastriques supérieures et dont l'imagerie complémentaire sous jacente a révélé une agénésie de la veine cave inférieure sous rénale.

**Observation :** Une femme âgée de 69ans hypertendue et diabétique consulte pour l'apparition depuis une dizaine de jours de cordons sous cutanés indurés de couleur bleutée empruntant des trajets veineux superficiels au niveau de l'abdomen et remontant jusqu'à l'épigastre. Une échographie Doppler avait montré une dilatation variqueuse avec thrombose des veines épigastriques supérieures. Le bilan de thrombophilie constitutionnelle était négatif (Anticorps antiphospholipides négatifs, taux des Protéine S et C, Résistance à la protéine C activée et l'antithrombine III normaux). Le diagnostic de maladie de Mondor était cliniquement évident. Une mammographie a été faite et n'a pas montré de lésion suspecte. L'angiotomodensitométrie (TDM) demandée afin de rechercher d'autre néoplasie sous jacente et d'étudier les axes vasculaires plus profonds a révélé une atrophie de la veine cave inférieure sous rénale, les veines iliaques étaient également réduites de calibre et non opacifiées avec une dilatation de la grande veine azygos et des veines épigastriques superficielles. Ces lésions étaient radiologiquement en faveur d'une agénésie de la veine cave inférieure sous rénale plutôt qu'une thrombose associée à ce niveau. La conduite initiale de mettre la patiente sous héparine puis antivitamine K a été ajustée, la patiente a reçu un traitement symptomatique à base d'antalgique et un traitement local à base d'une pommade anti-inflammatoire. L'évolution a été marquée par une nette diminution des cordons abdominaux et des douleurs au bout de 6 semaines. Une imagerie de contrôle est prévue au 6<sup>ème</sup> mois. Le recul actuel est de 12 mois avec une amélioration nette et l'absence de récurrence.

**Conclusion :** La particularité de notre observation réside dans la rareté de la maladie de Mondor qu'elle a présenté, son caractère idiopathique, et le fait qu'elle ait été la circonstance de découverte d'une autre pathologie vasculaire rare qui est l'agénésie de la VCI sous rénale posant le problème de diagnostic différentiel avec une thrombose ancienne à son niveau.

## **P213. L'HYPONATREMIE : FACTEUR DE RISQUE ET PRONOSTIC DE L'ENCEPHALOPATHIE HEPATIQUE AIGUE CHEZ LE PATIENT CIRRHOTIQUE**

AUTEURS : MAOUILA\*, KHEDHER.S, EZZAMOUI.A, SAID.Y, SALEM.M, HOUISSA.F, ELJERY.K, DEBBECHE.R, MOUELHI.L, NAJJAR.T.

Unité de soins intensifs digestifs -EPS C. Nicolle- Tunis

**Introduction :** L'hyponatrémie est une complication fréquente chez le patient cirrhotique décompensé. Elle est responsable d'une hypo-osmolarité du milieu intérieur qui peut altérer le fonctionnement cellulaire y compris cérébral. Ce trouble hydro-électrolytique marque ainsi un tournant évolutif et peut conditionner l'apparition d'encéphalopathie hépatique aigue chez le cirrhotique. Objectifs : Déterminer l'influence de l'hyponatrémie sur l'apparition d'encéphalopathie hépatique aigue et son impact sur la mortalité.

**Patients et méthodes :** Notre étude a recensé 32 cas d'encéphalopathie hépatique aigue hospitalisés au service de gastroentérologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis entre 2013 et 2015. Les données démographiques et clinico-biologiques de chaque patient ont été collectées. Les paramètres biologiques comprenaient la natrémie, la créatinémie, l'albuminémie, la bilirubinémie, le temps de saignement et l'INR. Un seuil de natrémie à 125 mmol/l a été employé pour diviser l'échantillon étudié en deux groupes. La sévérité de l'encéphalopathie aigue a été évaluée en fonction des critères de West-Haven et celle de la cirrhose en calculant le Child Pugh et le Meld score. L'existence de facteurs précipitants à savoir la prise de sédatifs ou de diurétiques, l'hémorragie digestive, l'infection, le carcinome hépatocellulaire ont été précisés. Le taux de mortalité a été par ailleurs calculé. Une étude statistique a été réalisée en employant le programme SPSS 18.0. Les résultats ont été retenus comme significatifs lorsque le p était supérieur à 0,05.

**Résultats :** Parmi les 32 patients présentant une encéphalopathie hépatique aigue, il existait une prédominance féminine avec un sexe ratio égal à 0,88 et un âge moyen égal à 62ans. La cirrhose post hépatite C était majoritairement retrouvée avec un pourcentage égal à 56,3%. Le Child Pugh était classé A dans 3,1%, B dans 15,6% et C dans 81,3%. Le Meld score moyen a été évalué à 26,78. L'encéphalopathie hépatique a été répartie en stade I,II,III,IV respectivement dans 34,4%, 43,8%, 15,6% et 6,3%. Une hyponatrémie inférieure à 125 mmol/l a été décelée dans 40,6% des cas. Le décès est survenu chez 14 patients parmi 32. Une relation statistiquement significative a été démontrée entre l'existence d'une hyponatrémie et la survenue d'une encéphalopathie hépatique d'une part ( $p < 0,01$ ) mais également entre l'hyponatrémie et le décès ( $p = 0,03$ ).

**Conclusion :** L'existence d'une hyponatrémie chez le patient cirrhotique constitue un facteur de risque majeur d'encéphalopathie hépatique aigue chez le patient cirrhotique. La correction de ce trouble hydro-électrolytique doit figurer dans l'arsenal thérapeutique afin de prévenir cette complication et améliorer le pronostic.

## **P214. TUMEUR DE L'OURAQUE: DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL D UNE INFECTION URINAIRE**

AUTEURS : A.BEL HAJ ALI, H.SANDID, T.E.EBOGO, F.VAN TRIMPONT

*Service des Urgences Epicura Hornu*

**Introduction:** Les tumeurs de l'ouraque représentent une pathologie rare représentant moins de 0.01% des cancers de l'adulte. Nous rapportons le cas d'une tumeur de l'ouraque découverte chez un adulte de 23 ans.

**Observation:** V.M âgé de 23 ans sans antécédants pathologiques notables qui consulte les urgences pour persistance d'une infection urinaire avec hématurie depuis 25 jours non amélioré par un traitement antibiotique bien suivi. L'examen trouve un patient conscient bien orienté, pas de notion de fièvre, un état hémodynamique et respiratoire stable. L'examen trouve une légère sensibilité abdominale au niveau de l'hypogastre à la palpation profonde sans contexte de défense. Pas de contact lombaire, le reste de l'examen est sans particularités. Une pollakiurie et hématurie macroscopique qui traîne selon le patient depuis 25 jours. La Biologie mettait en évidence des globules blancs à 12000 une CRP à 356 et une fonction rénale correcte. L'EMU met en évidence une hématurie franche à 4+ mais Leucocytes et nitrites positive. Devant les symptômes qui traînent la non amélioration sous traitement on a initialement évoqué une colique néphrétique, une TDM faite met en évidence une tumeur de l'ouraque avec une infiltration de la graisse abdominale.

**Discussion:** L'ouraque est décrit comme un tube reliant le dôme vésical à l'ombilic se formant à partir du 28<sup>e</sup> jour gestationnel, il repose entre le péritoine et le fascia transversalis, en dedans de l'espace de Retzius et s'étend du dôme vésical à l'ombilic. La première description d'une tumeur de l'ouraque a été faite en 1863 par Hue et Jacquin. Le cancer de l'ouraque est très rare, il représente 0,01% des cancers de l'adulte et 0,17 à 0,34% des cancers de vessie. La symptomatologie clinique est dominée par l'hématurie qui se voit dans 65 à 85% des cas. On peut avoir une masse sus-pubienne sensible, des douleurs abdominales, des troubles mictionnels, un suintement ombilical, des sécrétions urinaires muqueuses. La TDM, l'échographie et la biopsie sont nécessaires pour le diagnostic positif.

**Conclusion:** Malgré le fait que c'est un diagnostic rare la tumeur de l'ouraque doit être évoquée dans le cadre du bilan étiologique d'une hématurie.

## **P215. INTOXICATIONS AUX INSECTICIDES INHIBITEURS DE L'ACÉTYLCHOLINESTÉRASE**

AUTEURS: HABACHA S., CHATBRI B., M'RAD A., BLEL Y., BRAHMI N., AMAMOU M.

*Réanimation médicale, CAMU.*

**Introduction :** Les insecticides (organophosphorés et carbamates) sont des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase communément utilisés dans certains pays notamment les pays en voie de développement. Les intoxications par ces produits peuvent être accidentelles ou dans un but d'autolyse. Les tableaux cliniques des deux insecticides sont très proches. Notre étude a pour objectif de rechercher les particularités cliniques éventuelles de chacun de ces deux produits et d'évaluer leurs pronostics.

**Méthodes :** Notre étude est rétrospective, elle a inclus les malades qui ont été admis au service de réanimation polyvalente du Centre d'Assistance Médicale Urgente pour intoxication aux insecticides inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et ce entre janvier 2011 et septembre 2015.

**Résultats :** Nous avons colligés 127 patients dont 99 ont ingéré des esters d'organophosphorés (groupe 1) et 28 ont ingéré des carbamates (groupe 2). Les deux groupes sont comparables selon l'âge et le score de gravité simplifié IGS2, en effet, pour le groupe 1, l'âge moyen est de  $31 \pm 15$  ans et l'IGS2  $23 \pm 10$ , pour le groupe 2, l'âge moyen est de  $33 \pm 16$  ans et l'IGS2  $23 \pm 13$ . Notre étude n'a pas montré de différences significatives entre les deux groupes par rapport au développement des syndromes muscarinique, nicotinique et encéphalique. Seule l'activité pseudocholinestérasique sérique est apparue liée à la nature du produit selon le test de U de Mann-Whitney. Notre étude n'a pas montré de différences significatives concernant ni le traitement (les doses nécessitées d'atropine), ni l'évolution clinique.

**Conclusion :** Les intoxications aux inhibiteurs de l'acétylcholinestérase sont comparables dans leurs tableaux cliniques et leurs évolutions. Bien que la méconnaissance de la nature du produit n'a pas d'impact sur la qualité de la prise en charge, la recherche toxique et le dosage de l'activité pseudocholinestérasique sont un bon moyen pour établir un diagnostic précis.



**Note** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





# Adulte

## INDICATIONS

### Besoins énergétiques normaux

- Troubles de la mastication ou de la déglutition
- Refus alimentaire
- Pré et post-opératoire

### Besoins protidiques accrus, hypercatabolisme

- Brûlés
- Traumatismes (crânien)
- Sepsis
- Post-opératoire de chirurgie lourde
- Cancer
- Escarres

NOUVELLE FORMULE

NUTRICIA  
**Nutrison**

- **Nutrison**
- **Multi Fibre**



pour 500 ml

kcal  
**515**

DHA-EPA  
**0.17g** (2)

Protéines  
**20g**

Fibres  
**7,5g**

p4

Protéines  
**20g**

Fibres  
**7,5g**

mf6

NUTRICIA  
**Nutrison**

- **Protein Plus Energy**



pour 500 ml

kcal  
**750**

DHA-EPA  
**0.26g** (2)

Protéines  
**37,5g**

p4

Protéines  
**37,5g**

### Besoins spécifiques : malabsorption

- Pancréatites
- Fistules digestives
- Maladie de Crohn
- Radiothérapie sur tube digestif
- Jéjunostomie
- Chylothorax
- Grêle court

### Besoins spécifiques : troubles de la glycémie

- Intolérance transitoire au glucose/hyperglycémie/insulino-résistance : stress, suite de chirurgie lourde, traumatisme sévère, AVC
- Diabète

NUTRICIA  
**Nutrison advanced**

- **Peptisorb**



pour 500 ml

kcal  
**500**

Peptides

ANTIOXYDANTS VEGETAUX (1)

Protéines  
**20g**

Fibres  
**0g**

NOUVEAU Disponible en 500 ml

NUTRICIA  
**Nutrison advanced**

- **Diaison**



pour 500 ml

kcal  
**515**

LOW GI

mf6

Protéines  
**21,5g**

Fibres  
**7,5g**

(1) Caroténoïdes extraits de végétaux.

(2) EPA : acide éicosapentaénoïque ; DHA : acide docosahexaénoïque.

(3) Enrichi en Acides Gras Poly-Insaturés à Chaîne Longue (EPA, DHA, AA) et en Fructo-oligosaccharides / Galacto-oligosaccharides.



## PLUS VOUS OBSERVEZ DE PRÈS, PLUS VOUS VOYEZ DE PATIENTS.

POUR LE TRAITEMENT DES CANDIDOSES INVASIVES CHEZ L'ADULTE<sup>1</sup>

- La seule échinocandine qui a démontré une efficacité supérieure au fluconazole<sup>2</sup>
- Aucune interaction médicamenteuse connue<sup>1</sup>
- Aucun ajustement posologique requis en cas d'insuffisance rénale, hépatique, ou d'âge avancé<sup>1</sup>

Références : 1. MLC ECALTA V 0.01 03/2015 2. Reboli AC, et al. N Engl J Med. 2007;356(24):2472-82.