



21^e

ASSOCIATION TUNISIENNE
(DE RÉANIMATION (ATR

CONGRÈS NATIONAL DE RÉANIMATION

2-3
Décembre
2016

à l'hôtel Le Royal
Hammamet

*Cahier
des Abstracts*

www.aturea.org



PLUS VOUS OBSERVEZ DE PRÈS, PLUS VOUS VOYEZ DE PATIENTS.

POUR LE TRAITEMENT DES CANDIDOSES INVASIVES CHEZ L'ADULTE¹

- La seule échinocandine qui a démontré une efficacité supérieure au fluconazole²
- Aucune interaction médicamenteuse connue¹
- Aucun ajustement posologique requis en cas d'insuffisance rénale, hépatique, ou d'âge avancé¹

Références : 1. MLC ECALTA V 0.01 03/2015 2. Reboli AC, et al. N Engl J Med. 2007;356(24):2472-82.

TJUECA0015011



Ecalta[®]
(anidulafungine IV)

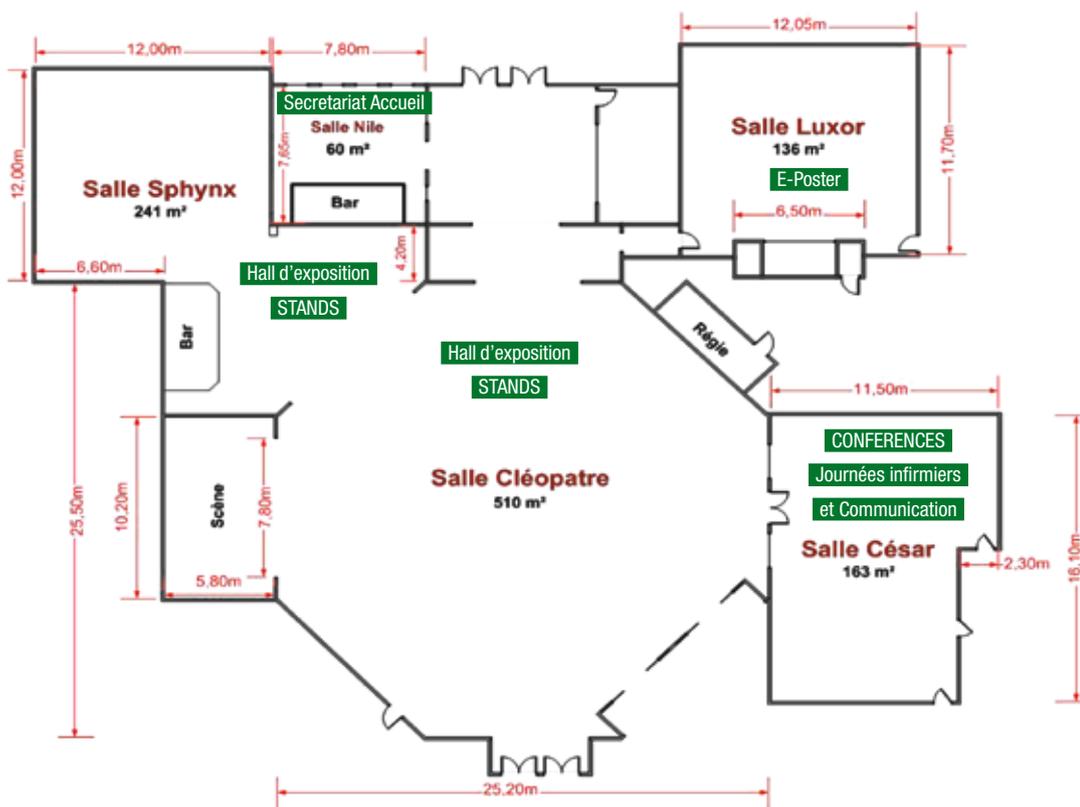
—PLAN—

■ Plan du Cahier	1
■ Plan de la zone du congrès	2
■ Informations	3
■ Programme scientifique des médecins	5
■ Programme scientifique des infirmiers	6
■ Planning Flash Communication	7
■ Planning E-Posters	7
■ Session communications orales	9
■ Résumés des posters électroniques	39





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 2 Décembre 2016 : 8h – 19h
- Samedi 3 Décembre 2016 : 8h – 15h

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 :

Trois sessions de Flash communications orales sont prévues en simultanée selon le planning :

- Flash Communications 1 : Salle Carthage 1
- Flash Communications 2 : Salle Carthage 2
- Flash Communications 3 : Salle César

POSTERS ELECTRONIQUES : E.POSTERS

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

ATR		E-Poster 2016		
DATE	HORAIRE	BORNE	N° POSTER	THEME
		A	P 076 – P 096	Neurologie
2/12	8 H 30	B	P 097 – P 114	Toxicologie
		C	P 001 – P 016 P 148 – P 157	Hémodynamique Autres
		A	P 017 – P 034	Infectieux 1
	8 H 30	B	P 035 – P 051	Infectieux 2
3/12		C	P 052 – P 075	Respiratoire
		A	P 115 – P 129	Scoring et Procédure
	14 H	B	P 130 – P 140	Nephro/Métabolique
		C	P 141 – P 147	Complications Iatrogènes

PARTENAIRES

BAXTER	MEDIS	SOTUDIS
PFIZER	AGUETTANT	INTERNATIONAL BIO SERVICE
MSD	UNIMED	MEDICIS
COTUPHA	PROCHIDIA	ADEH LES
CHEMINTER	VITAL AIR	

PROGRAMME MÉDECINS

VENDREDI : 2 DÉCEMBRE 2016

08h00-08h30: Inscriptions

08h30-11h00: **Séances e-posters**

09h30-11h00: Atelier : Echocardiographie en réanimation.

Modérateurs : Pr X. Monnet ; Pr L. Besbes ; Dr K Chtara ; Dr H. SIK ALI

11h00-11h30: **Pause café**

11H30-13H00: **LES VASCULARITES**

Modérateurs : Pr Z. Jerbi ; Pr C. Ben Hamida ; Pr N. Brahmi ; Ps S. Bouchoucha

11h30-12h15: Microangiopathies thrombotiques..... Dr K. Chtara, Dr M. Bahloul

12h15-13h00: Syndrome d'activation macrophagique. Quoi de neuf ?..... Dr F. Said, Dr M. Khanfir

13h00-14h30: **Déjeuner**

14h30-16h00: Flasch Communications

"Salle Carthage 1"

Modérateurs : Pr. Ag. M. Fekih Hassen ; Pr M. Bahloul ; Dr H. Ben Sik Ali

"Salle Carthage 2"

Modérateurs : Pr. Ag. I. Ouanes ; Pr. Ag. S. Ayed ; Dr F. Daly

"Salle César"

Modérateurs : Pr. Ag. N. Kouraichi ; Pr. Ag. Y. Blel ; Dr H. Ghadhouna

16h00-16h30: **Pause café**

16h30-17h30: **Sympo nutrition (BAXTER)**

Modérateurs : Pr M. Amamou ; Pr S. Elatrous ; Pr W. Najja

Intervenant : Dr AA. Messadi

17H30-19H00: **VENTILATION**

Modérateurs : Pr M. Besbes ; Pr M. Bouaziz ; Pr L. Besbes

17h30-18h00: Echec du sevrage d'origine cardiaque : diagnostic et traitement..... Dr S. Elatrous

18h00-18h30: Monitoring hémodynamique et SDRA..... Dr X. Monnet

18h30-19h00: NO dans le SDRA pour et contre :

Pour: Dr M. Boussarsar

Contre: Dr M. Bahloul

DINER GALA

SAMEDI 03-12-2016:

08h00-09h30: **Séances e-posters**

09h00-10h00: Atelier : Lecture critique d'un antibiogramme :

Modérateurs : Pr A. Hammami ; Pr M. Wolff ; Pr Falfoul

10h00-10h30: **pause café**

10h30-11h30: **Workshop Pfizer :**

Modérateurs : Pr S. Abdellatif ; Pr F. Dachraoui ; Pr M. Fekih Hassen

Intervenants : Dr C. Ben Hamida, Dr M. Ferjani

11H30-13H30: **NEURO-RÉANIMATION ET INFECTIOLOGIE**

Modérateurs : Pr S. ben Lakhail ; Pr M.S. Mebazaa ; Pr J. Ben Khelil

11h30-12h00: Encéphalopathie septique : Dr D. Annane

12h00-12h30: Encéphalite auto-immune en réanimation comment la reconnaître ? comment la traiter ? Dr M. Wolff

12h30-13h00: Prise en charge de Guillan Barré : Dr D. Annane

13h00-13h30: Les endocardites infectieuses graves : Dr M. Wolff

13h30-14h00: **Séances e-posters**

PROGRAMME INFIRMIERS

VENDREDI : 2 DÉCEMBRE 2016

09h00-09h30: **Inscriptions**

09h30-11h00: Mise en place d'une VNI Dr Zieneb Hammouda, Dr Nejla Tilouche

11h00-11h30: **Pause café**

11h30-12h30: Prévention des infections nosocomiales Dr Amira Jamoussi, Dr Ahmed KHEDHER

12h30-13h30: Mise en place d'une épuration extrarénale Dr Y Zied ELHECHMI, Dr Rania AMMAR

Déjeuner

Fin du programme

Planning Flash Communications

DATE	HORAIRE	SALLE	N° POSTER
2 décembre	14:30	Carthage 1	F.Com 01 – F.Com 14
		Carthage 2	F.Com 15 – F.Com 29
		César	F.Com 30 – F.Com 42

Planning E.Posters

DATE	HORAIRE	BORNE	N° POSTER	THEME
2 décembre	08:30	A	P 076 – P 096	Neurologie
		B	P 097 – P 114	Toxicologie
		C	P 001 – P 016 P 148 – P 157	Hémodynamique Autres
3 décembre	08:30	A	P 017 – P 034	Infectieux 1
		B	P 035 – P 051	Infectieux 2
		C	P 052 – P 075	Respiratoire
	14:00	A	P 115 – P 129	Scoring et Procédure
		B	P 130 – P 140	Nephro/Métabolique
		C	P 141 – P 147	Complications Iatrogènes

SESSION FLASH

COMMUNICATION 1

—Salle Carthage 1—

Planning Flash Communications

DATE	HORAIRE	SALLE	N° POSTER
2 décembre	14:30	Carthage 1	F.Com 01 – F.Com 14
		Carthage 2	F.Com 15 – F.Com 29
		César	F.Com 30 – F.Com 42

F.Com 1. PNEUMOPATHIE ACQUISE SOUS VENTILATION MECANIQUE : QU EN EST-IL A CE JOUR?

HABACHA S. (1), CHATBRI B. (1), MRAD A. (1), BLEL Y. (1), BARHMI N. (1) BOURBIAA Y. (2), THABET L. (2)

1) Service de réanimation polyvalente et toxicologique, CAMU, Tunis, Tunisie.

2) Service de biologie médicale et banque du sang, CTGB, Ben Arous, Tunisie

Introduction : La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) est un problème iatrogène majeur, en effet il entraîne une augmentation de la morbi-mortalité intra-hospitalière, et des coûts de soins de santé. Il a été étudié à plusieurs reprises, mais la révision des données est toujours nécessaire. Notre étude avait pour but de décrire l'épidémiologie des PAVM et d'identifier la flore locale.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective dans une unité de soins intensifs. Les patients inclus étaient ceux admis entre avril 2015 et mai 2016, qui ont été intubés pendant plus que 48h, et qui ont présenté des signes évocateurs d'une PAVM (fièvre, sécrétions abondantes et purulentes, augmentation de la FiO₂ supérieure à 0,2, des images radiologiques) avec un prélèvement trachéal (PT) positif. Les patients colonisés (PT positif sans signes cliniques) ont été exclus.

Résultats : Deux cents soixante-huit patients ont été ventilés pendant plus de 48 heures. Parmi eux, trente-quatre patients âgés de 39 ± 18,5 ans ont présenté 54 épisodes de PAVM, soit 1,58 ± 0,85 épisodes par patient. Le score de SOFA moyen était de 5,2 ± 1,8. Les motifs de ventilation mécanique les plus fréquents étaient une altération de l'état de conscience secondaire à une intoxication (20%), une insuffisance respiratoire aiguë (20%), et un état de mal convulsif (12%). La durée moyenne de séjour était de 62,5 jours avec des extrêmes à 7 et 180 jours. Le délai moyen entre l'hospitalisation et la suspicion de PAVM était de 5,9 ± 2,7 jours. La valeur moyenne du score CPIS à la suspicion était de 5 ± 1,26. La durée moyenne entre les récurrences était de 16,8 jours avec des extrêmes à 4 et 39 jours. La culture des prélèvements trachéaux a identifié deux agents pathogènes dans 11%. L'*Acinetobacter baumannii* a été identifié dans 35% des cas, 63% des souches identifiées étaient résistantes à l'imipénème, le *Pseudomonas aeruginosa* a été identifié dans 33%, la *Klebsiella pneumoniae* dans 22%, et le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline a été identifié dans 7% des cas. Les β-lactamases à spectre élargi ont été trouvées chez 10% des bactéries. Les germes producteurs de carbapénémases ont été identifiés dans 12% des cas. L'antibiothérapie empirique utilisée dans notre étude était toujours une association d'imipénème et de colistine. Il était nécessaire de l'adapter aux antibiogrammes dans 33 épisodes parmi 54. La PAVM s'est compliquée d'un choc septique dans 28% des cas et d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë dans 24% des cas. Les patients ont évolué vers la guérison dans 63% des épisodes (n = 34), vers la surinfection dans 26% (n = 14) et vers la mort dans 9% des cas (n = 5). Le *Pseudomonas aeruginosa* a été le germe le plus fréquent dans la surinfection (7/14), l'*Acinetobacter baumannii* a été identifié chez 3 patients décédés parmi 5.

Conclusion : La PAVM est une maladie iatrogène qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Elle est potentiellement évitable. Des mesures préventives doivent être mises en œuvre pour réduire sa fréquence, ses répercussions et son coût.

F.Com 2. EVALUATION DES ANTISEPTIQUES CUTANES DANS LA PREVENTION DES INFECTIONS LIEES AU CATHETER

AUTEURS : A. TRIFI, M. FATNASSI*, M. BACHROUCH, E. RACHDI, K. BEN ISMAIL, F. DALY, R. NASRI, S. ABDELLATIF, S. BEN LAKHAL.

Service de Réanimation Médicale. CHU La Rabta

Introduction : L'infection liée au cathéter (ILC) est une infection associée aux soins préoccupante par son incidence élevée et ses lourdes conséquences sur la morbi-mortalité. L'antisepsie de la peau représente une mesure fondamentale dans la prévention des ILC. La solution alcoolique de chlorhexidine est privilégiée par les sociétés savantes pour la pose et les soins des cathéters. L'agent antiseptique à usage hospitalier dont on dispose étant la solution aqueuse de povidone iodée à 10% (Bétadine®).

L'objectif de notre travail était d'évaluer l'efficacité de l'association chlorhexidine/alcool dans ses 2 formulations : 0.25%-4% (Bisteryl®) et 0.2%-0.5% (Dermobacter®) par rapport à l'iode-povidone (Bétadine®) dans la prévention des ILC.

Méthodes : essai prospectif, randomisé, en simple aveugle sur 8 mois. Étaient inclus, les patients > 18 ans et nécessitant la pose d'un cathéter. Les critères d'exclusion étant une intolérance à l'un des produits testés, une ablation du cathéter, sortie ou décès du patient dans les 48 heures de la pose. Les patients étaient randomisés de façon aléatoire en 3 groupes en fonction de l'antiseptique utilisé. Le critère de jugement majeur était la densité d'incidence des ILC. Le critère mineur était l'incidence de la colonisation du cathéter.

Résultats : 150 poses de cathéter chez 108 patients ont été étudiées (50/ bras). Les patients des trois groupes étaient comparables sur les critères clinico-démographiques. Le cathéter veineux central et le site fémoral étaient le type et le site prédominants. Le recours aux amines actives était l'indication principale de pose de cathéter (24%). Le changement systématique était plus rapporté avec le groupe Bétadine® et L'hypo/hyperthermie était plus rapportée avec le groupe Dermobacter® comme motifs d'ablation. Pas de différence observée quant à la densité d'incidence des ILC (par 1000 journées cathéter) qui étaient respectivement dans les groupes Bétadine®, Bisteryl® et Dermobacter® à 13.65 (4 infections) versus 10.23 (3 infections) versus 18.1 (5 infections), p=0.2]. Pas de différence non plus en termes de densité d'incidence de colonisation (par 1000 journées cathéter) : 30 versus 20.47 versus 21.7 (p=0.303). Le calcul des risques relatifs (RR) n'a pas montré d'effet protecteur d'un produit par rapport aux autres dans la prévention des ILC ou de colonisation de cathéter.

Conclusion : les formulations 0.25%/4% et 0.2%/0.5% de la solution chlorhexidine alcoolique n'étaient pas meilleures que la solution aqueuse povidone-iode 10% dans la prévention d'ILC et de colonisation. D'autres formulations à concentrations optimales de chlorhexidine (2%) et d'alcool, non disponibles dans notre pays bien qu'étant les seuls conformes aux recommandations, doivent être mises à disposition pour évaluation et peut être usage systématique.

Densité d'incidence d'ILC, BLC, fongémie et de colonisation de cathéter entre les 3 groupes. DI : densité d'incidence, JC : journées cathétérisme, ILC : infection liée au cathéter, BLC : bactériémie liée au cathéter

F.Com 3. INCIDENCE AND RISK FACTORS OF CENTRAL LINE ASSOCIATED BLOODSTREAM INFECTIONS AND ITS RISK FACTORS IN A TUNISIAN MEDICAL INTENSIVE CARE UNIT

AUTEURS : NESRINE SMA⁽¹⁾, ASMA AMMAR⁽³⁾, KHAOULA MEDDEB⁽¹⁾, ASMA BECHIKH⁽³⁾, YAMINA HAMDAOUI⁽¹⁾, AHMED KHEDHER⁽¹⁾, JIHENE AYACHI⁽¹⁾, NESRINE FRAJ⁽¹⁾, HEND BEN LAKHAL⁽¹⁾, MESSAOUDA KHELFA⁽¹⁾, HEDIA HAMMED⁽¹⁾, HAJER HAFSA⁽¹⁾, RAJA BOUKADIDA⁽¹⁾, IMED CHOUCHE⁽¹⁾, NABIHA BOUAFIA⁽³⁾, MOHAMED BOUSSARSAR.

^{1.} Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse.

^{2.} Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse. Tunisia.

^{3.} Hospital Hygiene Unit

Introduction : Central line associated bloodstream infections (CLA BSI) are among the serious hospital-acquired infections. The aim of this study is to determine the incidence of CLABSI, the pathogens and the risk factors that play a role in the development of BSI among patients followed in a Tunisian medical intensive care unit.

Materials and methods : All patients admitted for more than 48h were included in the study over a one-year period in an 8-bed medical ICU. The enrollment was based on clinical and laboratory diagnosis of BSI. Blood samples were collected from catheter hub of all patients for culture, followed by identification and antibiotic sensitivity testing of the isolates. For all subjects, age, sex, underlying diseases, SAPS II score, ICU length of stay, invasive procedures and their durations (mechanical ventilation, central catheterization, urinary catheterization) were recorded. Risk factors were evaluated by multivariate logistic regression model.

Results : Among a total of 237 admissions from September, 15th 2015 to September 15th 2016, 163(68.7%) patients were eligible. One hundred twenty five (76%) patients had a central line. A total of 27 episodes of CLABSI were assessed in 23(18.4%) patients. The mean SPASII of patients with CLABSI was 33 ± 15.4 , Their mean CHARLSON index was 1.8 ± 1.7 , their mean duration of catheterization was 5.7 days and 8(34.8%) had more than one catheterization attempt. The rate of CLABSI was 19.2/1000CVC-days. Gram positive bacteremia was determined in 13% of BSI patients. Of these isolates, 3 were Staphylococci. Gram negative bacteremia was determined in 35% of these isolates, 4 were Acinetobacter baumani, 3 were Klebsiella pneumonia and 1 was Proteus mirabilis and in 56% of cases BSI was diagnosed clinically. A univariate analysis identified ventilator-associated pneumonia, sedation, and longer interval between onset of CLABSIs and the duration of catheterization as risk factors of CLABSIs. In multivariate analysis, the independent factors of CLABSI which are the duration of catheterization ($p=0.042$, odds ratio OR : 1.06 95% confidence interval CI [1.003-1.139]) and catheterization attempt-number ($p=0.01$ OR : 1.99 95%CI [1.18-3.37]). Thirteen (56.5%) patients developed septic shock and they all died.

Discussion : The rate of CLABSI in our ICU (19.2/1000 central catheter days) was higher compared with the mean rate of CRBSI in ICU reported by the NNIS system surveillance for 2004, which is 3.9/1000 catheter days [1]. Duration of catheterization, frequent manipulation of catheter, location of catheter, type of catheter, underlying diseases, suppression of immune system, and types of fluids administered through the catheter are significant risk factors in development of BSIs [2]. In our study both duration of catheterization and number of attempts are independent factors for CVCs BSI.

Conclusion : In a monocenter cohort, CVC's BSI had a moderate density rate but are associated with poor outcome. Identifying the risk factors is necessary to find solutions for this major health problem.

References :

1. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) system report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004. Am J Infect Control 2004; 32 :470-85.
2. Öztürk F, Gündeş S, Işık C. Prospective evaluation of the risk factors, etiology and the antimicrobial susceptibilities of the isolates in nosocomial bacteremic patients. Mikrobiyol Bul. 2008; 42 : 17-27

F.Com 4. FACTEURS DE RISQUE DES BACTERIEMIES ASSOCIEES AUX SOINS EN MILIEU DE REANIMATION

AUTEURS : MS NAKHLI⁽¹⁾, W FRIGUI^{(1)*}, W ZARROUK⁽¹⁾, M KHEDHER⁽¹⁾, O BÉJI⁽²⁾, H HMOUDA⁽²⁾, W NAIJA⁽¹⁾

¹ Service d'Anesthésie Réanimation,

² Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul. Sousse

Introduction : Les bactériémies associées aux soins (BAS) représentent un problème de santé publique de part d'une morbi-mortalité élevée. Elles sont plus fréquentes et graves en milieu de réanimation. En Tunisie, on ne dispose pas d'un réseau de surveillance continue permettant d'élaborer un programme de lutte. Les objectifs de notre travail est de déterminer l'incidence annuelle des BAS en milieu de réanimation et d'étudier les facteurs de risques associés.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive longitudinale menée dans les services de réanimation chirurgicale et médicale de notre CHU sur une durée de 1 année en se basant sur le protocole français REA-RAISIN 2009. Tous les patients hospitalisés au-delà de 48 heures ont été inclus.

Résultats : Trois cent un patients ont été colligés dans cette étude. L'âge moyen a été de 45±21 ans avec prédominance masculine. L'IGS II moyen a été de 25±17. L'incidence des bactériémies a été estimée à 7 %. La densité d'incidence globale et spécifique ont été respectivement de 6,26 pour 1000 journées d'hospitalisation et de 10,26 pour 1000 jours de cathétérisme veineux central. 21 germes ont été isolés dont les plus fréquemment isolés ont été *Acinetobacter baumannii* dans 28,6% cas (6/21 germes), *Staphylococcus aureus* et *Klebsiella pneumoniae* dans 14,3% cas (3/21 germes) chacun. L'analyse uni-variée a montré une association statistiquement significative pour l'âge ($p = 0,039$), l'IGS II ($p = 0,027$), l'intubation ($p < 10^{-3}$), la durée d'intubation > 10 jours ($p = 0,001$), la trachéotomie ($p < 10^{-3}$), le sondage urinaire ($p < 10^{-3}$), la durée du sondage urinaire supérieure à six jours ($p < 10^{-3}$), le cathétérisme veineux central ($p < 10^{-3}$) et sa durée ($p < 10^{-3}$). Par ailleurs, l'analyse multi-variée n'a mis en évidence comme facteur de risque indépendant, que l'intubation ($p = 0,022$) et la trachéotomie ($p = 0,003$).

Conclusion : Les données de notre étude confirment le rôle majeur que jouent les dispositifs invasifs et la durée de leur mise en place sur l'incidence des bactériémies associées aux soins en milieu de réanimation. Ceci devrait nous inciter à revoir les pratiques professionnelles dans les services de réanimation relatives aux indications et la durée de pose de ces dispositifs. A partir de ce travail, une évaluation annuelle de l'incidence et du profil bactériologique des BAS a été instaurée à notre service.

F.Com 5. DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DES BACTERIES MULTIRESSISTANTES A L'ADMISSION DES PATIENTS EN REANIMATION

AUTEURS : S.BEN ABDALLAH, K.HRAIECH*, S.NAKAA, D.BEN BRAIEK, A.ADHIEB, A.MGHIRBI, A.OUSJI, Z.HAMMOUDA, I.OUANES, F.DACHRAOUI, L.OUANES-BESBES, F.ABROUG.

Service de réanimation polyvalente de Monastir, CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction : L'émergence des bactéries multirésistantes (BMR) constitue un réel problème partout dans le monde et qui prend de plus en plus d'ampleur. L'objectif de l'étude est de déterminer la fréquence de portage des BMR moyennant un dépistage systématique à l'admission au service de réanimation.

Matériel et méthodes : Etude prospective s'étalant sur 7 mois (Mars 2016 à septembre 2016), incluant tous les patients admis au service de réanimation polyvalente de l'hôpital universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir pendant cette période et ayant séjournés au moins 24 h avant l'hospitalisation. Un dépistage systématique des BMR était réalisé moyennant 3 prélèvements (nasal, rectal et axillaire) recueillis par écouvillons stériles. L'ensemencement bactériologique a été fait sur des milieux chromogènes et des milieux conventionnels.

Résultats : Durant la période de l'étude 127 patients ont été hospitalisés dans le service, 32 patients ont été inclus dans l'étude. 11 patients étaient porteurs de BMR (34.3%). L'âge médian était de 64 ans [IQR : 39-75] avec une prédominance masculine (62%). 59.4% nécessitaient une ventilation mécanique. 72% des patients étaient transféré du service des urgences. 100% des BMR étaient des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (Cf tableau). Aucun *Staphylococcus Aureus* résistant à la méticilline ou *Pseudomonas aeruginosa* productrice de carbapénémase ni *Acinetobacter baumannii* n'étaient isolés.

Germes	n (%) N=11
<i>Escherichia coli</i>	4(36.3%)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4(36.3%)
<i>Klebsiella oxytoca</i>	1(9%)
<i>Citrobacter freundii</i>	2(18.1%)

Conclusion : Un tiers des patients transférés à notre service étaient porteurs de BMR (100% des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu). Déterminer les facteurs de risque de portage des BMR et une stratégie visant à contenir ce problème sont nécessaires dans notre hôpital.

F.Com 6. INTÉRÊT DE LA SURVEILLANCE DE LA COLONISATION BRONCHIQUE DANS LA PRÉDICTION DE LA SURVENUE DES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MÉCANIQUE

AUTEURS : TALIK I, BEN SIK ALI H, MANEL Z, MATEUR H, JAOUED O, GHARBI R, TILOUCHE N, FEKIH HASSEN M, ELATROUS S

Service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar Mahdia

Introduction : Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) figurent au premier rang des infections nosocomiales en réanimation et sont à l'origine d'une augmentation de la mortalité, d'une prolongation de la durée de ventilation mécanique (VM), de la durée d'hospitalisation et de ce fait d'un surcoût considérable. Dans la majorité des cas,

l'infection est secondaire au passage des germes de l'oropharynx dans les voies aériennes sous glottiques par le biais de micro inhalations entraînant initialement la colonisation de l'arbre trachéo-bronchique puis secondairement le développement de la pneumonie.

Objectif : Déterminer l'incidence de la colonisation bronchique chez les patients sous VM invasive et les germes qui en sont responsables, préciser l'intérêt de la surveillance de la colonisation bronchique dans la prédiction de la survenue des PAVM.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique réalisée sur une période de trois ans incluant les patients ventilés mécaniquement pour une durée > 48 heures. Un suivi bactériologique de la colonisation bronchique commençait à J3 par la réalisation d'une aspiration trachéale (AT) qui était ensuite répétée de façon régulière tous les 3 jours pendant toute la durée de VM. Les germes isolés au cours de la surveillance de la colonisation bronchique et ceux mis en évidence au moment de la survenue de la PAVM étaient considérés identiques s'ils appartiennent à la même espèce et avaient le même profil de résistance.

Résultats : L'incidence de la colonisation bronchique était de 38% avec un maximum entre J3 et J6 de VM. Les deux germes les plus fréquemment isolés étaient *Acinetobacter baumannii* au premier rang suivi par *Pseudomonas aeruginosa* avec une augmentation significative de leur incidence en fonction du temps. En analyse multivariée, la prise d'IPP, la durée de VM et la durée de séjour étaient identifiées comme des facteurs associés à la survenue d'une colonisation bronchique. L'incidence des PAVM était significativement plus élevée chez les patients colonisés par rapport aux patients non colonisés (32% vs 18%; $p=0,006$). Le germe le plus fréquemment isolé était *Acinetobacter baumannii* aussi bien dans les PAVM précoces que tardives. La sensibilité de la colonisation bronchique dans la prédiction de la survenue d'une PAVM était de 53% tandis que sa spécificité était de 66%. Sa valeur prédictive positive était 32% et sa valeur prédictive négative était de 82%. Parmi les patients ayant présenté une PAVM, 64% étaient infectés aux mêmes germes isolés au cours de la surveillance de la colonisation bronchique.

Conclusion : Notre étude a montré un intérêt limité de la surveillance de la colonisation bronchique dans la prédiction de la survenue des PAVM. Ces résultats renforcent l'idée que les recommandations internationales pour le choix de l'antibiothérapie probabiliste en cas de suspicion de PAVM ne doivent pas être appliquées systématiquement mais doivent tenir compte des données épidémiologiques de chaque pays et chaque unité de réanimation

F.Com 7. VARIATION ÉCHOGRAPHIQUE DU VES PAR LEVER DE JAMBES PASSIF ET RÉPONSE AU REMPLISSAGE VASCULAIRE

AUTEURS : A.TRIFI, K.BEN ISMAIL*, A.BOUATTOR, R.NASRI, F.DALY, E.RACHDI, W.AZAZA, H.H DOGHRI, S.ABDELLATIF, S. BEN LAKHAL.

Service de Réanimation Médicale. CHU La Rabta

Introduction : L'évaluation de la réponse au remplissage vasculaire (RRV), chez les malades hémodynamiquement instables, représente un dilemme commun pour les réanimateurs. Il devient admis que les indices statiques de précharge ne possèdent qu'un apport modéré dans la prédiction de RRV. L'épreuve de lever de jambes passif (LJP) est un test endogène qui permet de prédire si le volume d'éjection systolique (VES) augmente avec l'expansion volémique. En transférant un volume d'environ 300 ml de sang veineux du bas du corps vers le cœur droit, le LJP imite une épreuve de remplissage vasculaire.

Le but de notre étude était de déterminer si la mesure échographique du VES couplée au LJP peut être utilisée comme outil prédictif de RRV.

Patients et méthodes : étude prospective de cohorte de patients hospitalisés en réanimation médicale et nécessitant une expansion volémique. La mesure du VES a été effectuée à l'aide d'un dispositif d'échocardiographie transthoracique-doppler. Quatre mesures ont été obtenues : avant et après LJP (90 mn de la manœuvre), avant et après expansion de 500 ml de cristalloïdes sur 15 mn. Par la suite, les patients étaient classés en fonction de leur réponse hémodynamique à l'expansion volémique : EV (endogène ou exogène). Les répondeurs étaient définis par une augmentation du VES d'au moins 15% en réponse à une EV. Les non-répondeurs avaient une augmentation du VES < 15%. La courbe ROC a été utilisée pour mesurer les valeurs prédictives de la variation échographique du VES après LJP et la RRV. Le test de Spearman a été utilisé pour étudier la corrélation entre les variations du VES aux deux temps (LJP et EV de 500 ml de cristalloïdes).

Résultats : 30 manœuvres d'EV ont été étudiées. Les malades inclus avaient un âge moyen de 48 ans, sex-ratio de 1.3, IGS II à 37 et SOFA à 5.5. 23 (77%) étaient sous ventilation invasive. La nécessité de l'EV était justifiée par les contextes cliniques sous jacents : sepsis ou choc septique dans 24 cas (80%), cétose diabétique (5 cas) et insuffisance surrénalienne aiguë (1 cas). Le recours à la noradrénaline était noté chez 12 malades (40%) et à l'adrénaline chez 1 malade. Une augmentation du VES > 15% en réponse au LJP était signalé dans 21 cas. Les différences des indices hémodynamiques à la première mesure figurent sur le tab 1. Une élévation du VES > 15% en réponse au LJP était suivie par une RRV dans 18/21 des cas avec une sensibilité à 94.7%, une spécificité à 72.7%, une VPP à 85.7% et une VPN à 88%. La variation du VES après EV était significativement corrélée à la variation du VES en réponse au LJP avec un score Rho de Spearman à 0.701 et $p=0.01$ (Fig).

Conclusion : Nos résultats ont consolidé le pré requis concernant le peu d'intérêt des indices statiques (PAM, FC) dans l'évaluation de la RRV d'une part. D'autre part, il semble que la mesure échocardiographie-doppler transthoracique de la variation du VES en réponse au LJP était un bon outil prédictif de la RRV. L'intérêt de cette épreuve découle essentiellement de sa sensibilité à 94.7% pour prédire la RRV et sa corrélation significative avec la variation du VES après une EV.

Tab 1. Indices hémodynamiques de base

	Tous les patients (n=30)	Répondeurs (n=21)	Non Répondeurs (n=9)	p
FC (bpm)	91 + 24	95 + 24	84 + 15	0.18
PAM (mmHg)	72 + 20	68 ± 13	75.05+ 14	0.06
ITVAo (cm)	25 + 5	23 + 5.5	29 + 4	0.012*
VES (ml)	73 + 26	66 + 18	89 + 35	0.025*
DC (L/min)	6.6 + 2.5	6.3 + 2.3	7.32 + 2.39	0.35

FC : fréquence cardiaque, PAM : pression artérielle moyenne, ITV Ao : intégrale temps-vitesse du flux aortique, VES : volume d'éjection systolique, DC : débit cardiaque

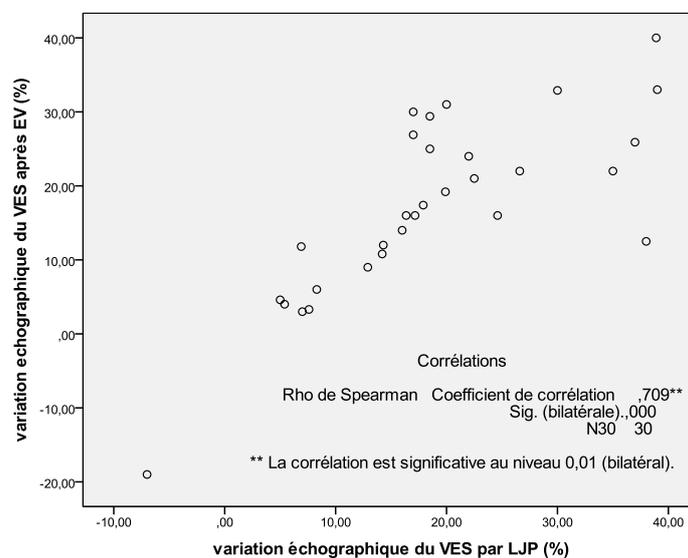


FIG.1 CORRÉLATION ENTRE VARIATIONS DES VES APRÈS LJP ET APRÈS EV

LJP : lever de jambes passif, EV : expansion volémique

F.Com 8. APPORT DE L'ASSOCIATION HYPERLACTATEMIE ET SCVO2 BASSE A L'ADMISSION DANS LA PREDICTION DE LA MORTALITE DES PATIENTS ADMIS POUR ETAT DE CHOC

AUTEURS : JAOUED O*, TILOUCHE N, BEN SIK ALI H, TALIK I, GHARBI R, FEKIH HASSEN M, ELATROUS S.

Service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Les objectifs hémodynamiques de la prise en charge de l'état de choc (EDC) sont une pression artérielle moyenne ≥ 70 mmHg, une $ScvO_2 \geq 70\%$ et une lactatémie < 2 mmol/l. La majorité des patients en EDC se présentent avec une hyperlactatémie et une $ScvO_2$ basse. L'effet de ces deux anomalies est peu évalué. Objectif : l'apport de l'association hyperlactatémie et une $ScvO_2$ basse à l'admission dans la prédiction de la mortalité.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 08 ans réalisée au service de réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia incluant tous les patients admis pour état de choc et ayant un dosage de lactatémie et un prélèvement sanguin de la $ScvO_2$ via un cathéter central jugulaire à l'admission. Le critère de jugement primaire était la mortalité. Les critères de jugement secondaire étaient la durée de séjour en réanimation, la durée de ventilation mécanique (VM), la durée d'administration des catécholamines et le nombre de jours vivant sans VM.

Résultats : Durant la période de l'étude 90 patients d'âge moyen 63 ± 18 ans avec une prédominance masculine (54%) étaient inclus dans cette étude. Le mécanisme de l'état de choc le plus fréquent était le choc septique (53% des patients). Quarante pour cent des patients étaient hospitalisés avec une lactatémie élevée et 50% avec une $ScvO_2$ basse. La mortalité en réanimation était de 65%. La mortalité à j 28 était de 57% dans le groupe hyperlactatémie vs 54% dans le groupe lactatémie normale avec une $p=0,81$. Dans le groupe $ScvO_2$ basse la mortalité était de 54% contre 57% dans le groupe $ScvO_2$ normale. La durée de séjour sans catécholamines, le nombre de jours sans VM et la durée de séjour en réanimation étaient similaires entre les deux groupes. Le groupe des patients avec une hyperlactatémie et/ou $ScvO_2$ basse avaient une mortalité de 59% contre 45% dans l'autre groupe avec $p=0,27$. En analyse multivariée le score de SOFA était le seul facteur prédictif de mortalité : (OR : 1.18, IC : 95% (1.026- 1.360), $p=0,021$)

Conclusion : Près de la moitié des patients admis pour état de choc se présentent avec une hyperlactatémie et/ou une $ScvO_2$ basse. Cette constatation est due à un retard de prise en charge et de consultation. Une hyperlactatémie et/ou une $ScvO_2$ basse à l'admission n'était pas un facteur prédictif de mortalité chez ces patients

F.Com 9. VARIATION DES PARAMÈTRES HÉMODYNAMIQUES APRÈS ÉPREUVE DE REMPLISSAGE VASCULAIRE : COMPARAISON ENTRE RÉPONDEURS ET NON RÉPONDEURS

AUTEURS : MATEUR H, TILOUCHE N, TALIK I, BEN SIK ALI H, JAOUED O, GHARBI R, YAACOUBI S, FEKIH HASSEN M, ELATROUS S.

Service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Les épreuves des remplissages vasculaires est un acte thérapeutique pluriquotidien en réanimation. La réponse au remplissage est jugée sur la variation de l'index cardiaque indépendamment des autres paramètres hémodynamiques. L'objectif principal du remplissage est de maintenir une pression artérielle moyenne (PAM) à 65mmHg. Objectif : Etudier la variation des paramètres hémodynamiques après une épreuve de remplissage chez les patients répondeurs et non répondeurs.

Matériel et méthodes : C'est une étude prospective, menée dans le service de réanimation médicale de l'E.P.S Taher Sfar à Mahdia et étalée sur une période de deux ans (entre Mars 2013 et décembre 2015). Tous les patients en état de choc et nécessitant un remplissage vasculaire ont été inclus. Les paramètres hémodynamiques étaient mesurés à l'état de base et après l'administration de 500 ml de sérum physiologique sur une durée de 30mn. L'exploration hémodynamique était réalisée par un PICCO₂. Deux groupes des patients étaient individualisés Groupe 1(G1) : groupe des patients répondeurs, correspondent aux patients qui ont augmenté leur index cardiaque plus de 15% Groupe (G2) : patients non répondeurs

Résultats : Durant la période de l'étude 66 patients (âge moyen à 63±11ans et à prédominance masculine (75%)) étaient inclus dans cette étude. Le choc septique était le motif le plus fréquent de la défaillance hémodynamique. Trente deux patients (48%) étaient des repondeurs. A l'état de base, seul la PAM et l'index de fonction cardiaque étaient significativement plus élevés chez les non répondeurs. Après l'épreuve du remplissage vasculaire, une variation de plus de 20% de la PAM était observée chez 30% des patients répondeurs et 6% des non répondeurs (P=0,011). Le volume télé-diastolique globale indexé était de 64,1±132 chez les répondeurs et 56,5±105 chez les non répondeurs (P=0,011). En analyse multivariée, seule la delta PCO₂ était un facteur prédictif de réponse au remplissage (OR= 1,31, IC 95%(1,025-1,669)(P=0,031). La valeur seuil de prédiction de remplissage était de 6mmHg avec une sensibilité à 0,57, une spécificité à 0,4 et une aire sous la courbe de 62.

Conclusion : L'épreuve de remplissage vasculaire augmente de façon significative le volume d'éjection indexé alors que la PAM augmente que 30% des patients répondeurs.

F.Com 10. VALEUR PRONOSTIQUE DES TROPONINES ULTRASENSIBLES DANS LE CHOC SEPTIQUE : RESULTATS PRELIMINAIRES

AUTEURS : AHMED ABBES*, ALI JENDOUBI, SAHAR ABDALLAH, AYMEN KHALLOUFI, ILYES BEN ABDELAZIZ, FAROUK ELEJRI, SALMA GHEDIRA, MOHAMED HOUSSA.

Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction : La défaillance cardiaque au cours du choc septique est associée à un mauvais pronostic. Le dosage de la troponine I reflète probablement cette dysfonction myocardique, mais sa valeur pronostique est encore incertaine. Actuellement, la troponine est dosée par une méthode ultra-sensible (dosage immunologique microparticulaire par chimiluminescence). Des études très récentes ont permis d'établir que l'utilisation des troponines ultrasensibles (TUS) pouvait améliorer les performances diagnostiques de ce biomarqueur dans la détection précoce du dommage myocardique. L'objectif principal de ce travail était d'étudier l'impact pronostique de la concentration sérique de la TUS à la phase initiale du choc septique.

Paitents et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, de cohorte et monocentrique menée sur une période de 06 mois (Janvier 2016 à Juin 2016) dans le service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital Charles-Nicolle de Tunis. Ont été inclus dans cette étude les patients âgés de plus de 18 ans et admis pour état de choc septique de moins de 24 heures. Ont été exclus de cette étude les femmes enceintes et les patients en état de mort encéphalique. Les données démographiques, cliniques et biologiques ainsi que la durée de ventilation mécanique, la durée de séjour en réanimation et la mortalité à J28 ont été répertoriés. Nous avons dosé les TUS à l'admission, H12, H24, H48 et H72 après. Une échographie transthoracique (ETT) a été réalisée au lit du patient lors de l'inclusion.

Résultats : Trente-trois (33) patients ont été inclus dans l'étude. Les caractéristiques des patients et les médianes des TUS aux différents temps sont résumées dans le tableau 1. Le taux de mortalité était de 36,4% à J28. En analyse univariée, les paramètres significativement associés à la mortalité étaient les scores IGS II, SOFA, APACHE II, SAPS II, la clairance de la créatinine, le taux des lactates, le taux de CRP, l'élévation des TUS à H72 et la dysfonction cardiaque droite (tableau 1). Notre étude a montré que le taux des TUS à H72 était significativement plus élevés chez les patients décédés à J28 que les survivants (69,6 [16,7 – 118,8] versus 9,6[4,2 – 21,4] ng/l ; P=0,049). On notait une dysfonction VD chez les décédés à J28 avec rapport VD/VG significativement plus important chez les non survivants 0,6 (0,56 – 0,78) vs. 0,5 (0,5 – 0,61) chez les survivants ; P=0,038) de même le pic de vélocité de l'onde S à l'anneau tricuspide en Doppler tissulaire était significativement moins élevé chez les décédés avec une médiane de 16 (13 – 16,1) vs. 17 (15,75 – 24) cm/s ; p= 0,042.

L'augmentation de la concentration sérique des TUS à l'admission était associée à une prolongation de la durée de séjour (0,020) et de ventilation mécanique (0,031).

Conclusion : L'élévation des TUS à 72 heures seraient des facteurs prédictifs de mortalité à J28 dans le choc septique.

Tableau 1 : Analyse univariée de la mortalité à 28 jours dans le choc septique			
Critères	Survivants J28 (n=21)	Décédés J28 (n=12)	p
Caractéristiques de base			
Age (ans)	45,86 ± 21,39	58,50 ± 21,79	0,115
BMI (kg/m ²)	25,22 ± 2,92	25,06 ± 4,07	0,896
IGSII	34 [27 – 41]	45,58 ± 13,30	0,004
SOFA	9 [7,5 – 11]	12,50 ± 2,78	<0,001
SAPSI	32 [26,5 – 37]	43,58 ± 7,57	0,002
APACHE	22 [18 – 24]	34,00 ± 8,73	<0,001
Monitoring			
FC mmHg	93,81 ± 18,49	103,25 ± 25,57	0,229
PAS mmHg	126,14 ± 16,62	118,25 ± 15,03	0,185
PAD mmHg	67,52 ± 11,01	59,00 ± 7,79	0,025
PAM mmHg	86,52 ± 10,66	80,08 ± 11,79	0,118
PP mmHg	58,14 ± 15,54	59,25 ± 13,52	0,838
Lactates mmol/l	1,05 [0,7 – 1,35]	1,95 [1,15 – 2,27]	0,005
SVcO ₂ %	75 ± 9,69	54 ± 2,83	0,046
Vasopresseurs			
Noradrénaline (µg/kg/min)	0,34 [0,22 – 0,56]	0,57 [0,41 – 0,74]	0,071
Biologie			
Clairance créatinine (ml/min)	110 [90 – 135]	48,15 [27,5 – 121,5]	0,022
CRP (mg/l)	112,8 [86 – 245,4]	232,9 [156,5 – 360,5]	0,032
Hb (g/dl)	10,41 ± 1,47	9,75 ± 2,24	0,314
Ht (%)	30,64 ± 4,07	28,48 ± 6,49	0,248
GB (/mm ³)	16,37 ± 5,71	18,8 ± 5,73	0,250
Plaquettes (/mm ³)	204,9 ± 86,36	179,42 ± 115,31	0,476
PaO ₂ /FIO ₂	258,2 [165,4 – 385,5]	198,3 [100,3 – 278,9]	0,045
TROPO HO (ng/l)	17,7 [8,8 – 47,3]	59,4 [6,9 – 562,4]	0,501
TROPO H12 (ng/l)	15,7 [7,9 – 46,8]	288,7 [38,7 – 382,4]	0,053
TROPO H24 (ng/l)	18,3 [6,9 – 78,2]	125,6 [34,9 – 460,8]	0,057
TROPO H48 (ng/l)	12,3 [6,6 – 68,7]	49,8 [8,4 – 313]	0,203
TROPO H72 (ng/l)	9,6 [4,2 – 21,4]	69,6 [16,7 – 118,8]	0,049

F.Com 11. CATHETERISME DROIT ET TEST DE REVERSIBILITE AU MONOXYDE D'AZOTE : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE REANIMATION MEDICALE

AUTEURS : A. JAMOSSI*, T. MERHEBENE, A. BEN SLIMENE, J. BEN KHELIL, M. BESBES.

Hôpital Abderrahmen Mami de l'Ariana, Service de réanimation médicale

Introduction : Le cathétérisme droit avec test de réversibilité au NO est une procédure invasive qui nécessite d'être effectuée dans un centre expert. Il est indiqué lorsqu'on trouve une hypertension pulmonaire à l'ETT pour la confirmer et proposer le traitement adéquat. L'équipe de réanimation médicale de l'hôpital Abderrahmen Mami pratique cette procédure depuis plus de vingt ans ; nous proposons d'exposer les résultats trouvés.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive entre 2005 et 2016, incluant tous les patients admis au service de réanimation pour confirmation d'une HTAP trouvée à l'ETT par un cathétérisme droit avec éventuelle épreuve de réversibilité au NO. Ont été relevés les caractéristiques démographiques et hémodynamiques des patients ; les indications et les résultats de ces épreuves et les décisions thérapeutiques consécutives.

Résultats : Durant la période de l'étude, 38 patients ont été admis en réanimation pour épreuve de réversibilité au NO. Parmi ces patients, 10 ont été secondairement exclus : 8 avaient une PAP normale ou peu élevée à l'étude hémodynamique initiale ; 2 n'ont pas eu d'étude hémodynamique en raison de contrainte anatomique : rétrécissement pulmonaire (1 cas) et cavités droites ectasiques (1 cas). Au final, 28 patients étaient éligibles. L'origine de ces patients était un service de cardiologie (n=18), un service de pneumologie (n=7), un service de chirurgie cardiaque (n=2), et un service de réanimation (n=1). La médiane de l'âge était de 38 ans [19 – 76] et le sex-ratio était à 1. L'indication du test de réversibilité était un bilan pré-greffe cardiaque (n=3), un bilan d'opérabilité d'une cardiopathie valvulaire (n=10), un choix de thérapeutique d'un traitement spécifique de l'HTAP primitive (n=15). La classification de l'HTAP selon les guidelines de l'ESC 2015 ont réparti nos patients en : groupe 1 ou HTAP primitive (n=15), groupe 2 ou HTAP postcapillaire en rapport avec une cardiopathie gauche (n=12) et groupe 4 ou CPC post-embolique (n=1). L'épreuve de réversibilité au NO était positive chez 10 patients et négative chez les 18 autres. La décision thérapeutique obtenue suite à l'épreuve de réversibilité était : la prescription d'inhibiteurs calciques (n=3), la prescription d'un vasodilatateur pulmonaire spécifique (n=11), l'opérabilité (n=7), la non opérabilité (n=4) et l'impasse thérapeutique (n=3). Aucune complication n'a été enregistrée.

Conclusion : Le cathétérisme droit avec test de réversibilité au NO est un outil indispensable qui aiguille le clinicien pour choisir la thérapeutique adaptée pour les patients ayant une hypertension pulmonaire.

F.Com 12. PULMONARY EMBOLISM IN INTENSIVE CARE UNIT : INCIDENCE AND IMPACT PROGNOSIS

AUTEURS : O.TURKI; N.BACCOUCHE*; K.CHTARA; R.ALLELA; H.CHELLY; M.BAHOUL; M.BOUAZIZ.

Service de réanimation polyvalente CHU HABIB BOURGUIBA.Sfax

Introduction : Pulmonary embolism is a major complication observed in critical ill patients. ICU environment patients are at high risk of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. The objective of our study is to determine the incidence of this pathology and to analyze the prognosis of patients having a pulmonary embolism in ICU.

Patients and methods : Prospective study included all patients with confirmed pulmonary embolism by a spiral computed tomography scan showing one or more filling defects in the pulmonary artery or in its branches, over a period of one year from 1 July 2014 to 30 June 2015. We studied the epidemiological, clinical, biological and radiological these patients. We compare two groups in univariate analysis : survivors and deaths.

Results : During the study period, 705 patients were admitted in our ICU. The diagnosis of PE was confirmed in 75 patients (10.6%). The mean age was 53.2. The sex ratio (M/W) was 5.25. SAPSII was 37, SAPSIII was 43 and SOFA was 5. At admission in ICU, 90% of patients were ventilated. The mean delay of development of PE was 7.15. On the day of PE diagnosis, shock index was 0.94, clinical examination showed that 22 patients (29.3%) were hypotensive, 33 (44.4%) have SIRS, 9 (12%) have clinical manifestations of DVT and 69 (92%) have respiratory distress requiring mechanical ventilation. All patients underwent spiral computed tomography scan. PE was proximal in 58 patients (77%) and bilateral in 7 patients (9.3%). In our study, intravenous unfractionated heparin was used in 70 cases (93.3%) and low molecular weight heparins were used in 5 cases (6.66%). The mean ICU stay was 20.2 ± 25.3 days and the mean hospital stay was 26.3 ± 26 days. The mortality rate in ICU was 38.7%. Moreover, comparison between survivors and deceased showed that factors associated with deaths were : high SAPS II score on ICU admission, high SAPS III score on ICU admission, high SOFA score, low shock index on the day of pulmonary embolism, hypoxemia with $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ mmHg and the presence of shock.

Conclusion : Pulmonary embolism (PE) is a frequent, in ICU. It is associated with a high ICU and in-hospital mortality rate. high SAPS II score on ICU admission, high SAPS III score on ICU admission, high SOFA score, low shock index on the day of pulmonary embolism, hypoxemia with $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ mmHg and the presence of shock. Prevention is advised.

F.Com 13. L'INSUFFISANCE SURRENALIENNE EN REANIMATION : INCIDENCE ET IMPACT SUR LA MORTALITE

AUTEURS : GHARBI R⁽¹⁾, JAOUED O*, HAJLAOUI B⁽²⁾, TILOUCHE N⁽¹⁾, BEN SIKALI H⁽¹⁾, TALIK I⁽¹⁾, BOUZID H⁽²⁾, FEKIH HASSEN M⁽¹⁾, ELATROUS S⁽¹⁾

1- service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar Mahdia.

Introduction : L'insuffisance surrénalienne (IS) est une pathologie rare et grave. En réanimation, l'insuffisance surrénale relative, la plus fréquente, est le plus souvent en rapport avec un état de choc septique. Elle est rarement absolue et découverte à l'occasion des anomalies biologiques et/ou des perturbations hémodynamiques. Son incidence selon son type est méconnue en réanimation. Objectifs : étudier l'incidence de l'insuffisance surrénalienne en réanimation et déterminer son impact sur la mortalité.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée entre Janvier 2014 et Mars 2016 au service de réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia. Tous les patients ayant eu un dosage de la cortisolémie devant la suspicion d'une insuffisance surrénalienne absolue ou relative ont été inclus. Deux groupes de patients ont été individualisés : Groupe 1 patient avec insuffisance surrénalienne. Groupe 2 : absence d'insuffisance surrénalienne. Le critère de jugement primaire était la mortalité en réanimation. Les critères de jugement secondaire étaient : la durée de séjour en réanimation et le recours à la ventilation mécanique (VM).

Résultats : Durant la période de l'étude 70 patients (âge moyen 57 ± 18 ans, prédominance masculine (69%) et un SAPSII moyen de 35 ± 19) ont été inclus dans cette étude. Les motifs de réalisation d'un dosage de cortisolémie les plus fréquents ont été le choc septique (73% des cas), l'hyponatrémie (dans 16% des cas). L'incidence de l'IS a été de 2%. La mortalité globale était de 48%. Dans le groupe 1 la mortalité a été de 25% contre 57% dans l'autre groupe ($P = 0.02$). Le recours à la ventilation mécanique et la durée de séjour ont été similaires entre les deux groupes. En analyse multivariée, la présence d'une insuffisance surrénalienne a été un facteur protecteur contre la mortalité (OR = 4.88, IC : 95% (1.22-19.47), $p = 0.002$)

Conclusion : L'incidence de l'insuffisance surrénalienne en réanimation est rare. Les états de choc septique constituent la pathologie la plus fréquente de l'IS. Le traitement de l'IS améliore considérablement le pronostic.

F.Com 14. SYNDROME CARDIO RÉNAL EN RÉANIMATION INCIDENCE ET IMPACT SUR LA MORTALITÉ

AUTEURS : TILOUCHE N, NOUIRA H, JAOUED O, GHARBI R, MATEUR H, BEN SIK ALI H, FEKIH HASSEN M, ELATROUS S.

Service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Le syndrome cardio rénal (SCR) est une entité regroupant un ensemble de situations cliniques menant à une dysfonction cardiaque et rénale. Sa fréquence et son impact sur la mortalité sont peu étudiés en milieu de réanimation. Objectifs : Déterminer la prévalence, les types cliniques et la mortalité des patients présentant un syndrome cardio-rénal en réanimation.

Patients et Méthodes : C'est une étude rétrospective observationnelle incluant tous les patients admis entre Janvier 2013 et Décembre 2015 et ayant présentés au cours de leur séjour un syndrome cardio-rénal. Les caractéristiques démographiques, les types (type 1 : insuffisance cardiaque(IC) aigue suivie d'une insuffisance rénale (IR) aigue ; type 2 : IC chronique suivie d'une IR chronique, type 3 : IR aigue suivie d'une IC aigue, type 4 : IR chronique suivie d'une IC, arythmie, SCA et type 5 : atteinte cardiaque et rénale secondaires à une maladie systémique), les traitements reçus et le devenir des patients ont été analysés.

Résultats : Durant la période de l'étude, 850 patients étaient admis dans notre service, parmi eux 96 (11%) patients ont présenté un syndrome cardio-rénal. La médiane d'âge des patients inclus était de 74 ans [IQR 62 – 80]. Le SAPSII médian était de 41 [30 – 54]. Les types de SCR les plus fréquents étaient le type 1 et le type 4 avec une fréquence respective de 68.2% et 20.8%. L'étiologie la plus fréquente de l'insuffisance cardiaque aigue était le syndrome coronarien aigu. Une épuration extra-rénale était réalisée dans 34% des cas. Un traitement diurétique était prescrit dans 47% des cas avec une dose médiane de furosémide à 100 mg IQR [50 – 350]. La médiane de la durée de séjour a été de 6 jours IQR [4 – 12].

La mortalité globale a été de 34.4%. La mortalité la plus élevée a été observée dans le type 1 et type 4 (72% et 18% respectivement). En analyse multivariée, le SAPS II [OR = 1.04 ; IC 95% (1.009 – 1.07), p= 0.011], le recours à une EER [OR = 5.85 ; IC 95% (1.96 – 17.4), p= 0.02] étaient des facteurs prédictifs de mortalité. Par contre, la prescription de diurétiques était un facteur protecteur [OR = 0.22 ; IC 95% (0.071 – 0.72) p= 0.012].

Conclusion : En réanimation, l'incidence du SCR est de l'ordre de 11%. Le syndrome coronarien reste l'étiologie la plus fréquente. Les facteurs prédictifs de mortalité étaient la gravité à l'admission et le recours à l'EER. L'usage des diurétiques semble protecteur dans cette population

SESSION FLASH
COMMUNICATION 2
—Salle Carthage 2—

F.Com 15. OUTCOME AND PREVALENCE OF SLEEP BREATHING DISORDERS (SBD) AFTER AN ACUTE EXACERBATION OF OBESITY-HYPOVENTILATION SYNDROME (AE/OHS)

AUTEURS : JIHENE AYACHI⁽¹⁾, AHMED KHEDHER⁽¹⁾, RAHMA BEN JAZIA⁽²⁾, KHAOULA MEDDEB⁽²⁾, SANA AISSA⁽²⁾, HALIMA BEN SALEM⁽²⁾, IMEN GARGOURI⁽²⁾, MOHAMED BENZARTI⁽²⁾, MOHAMED BOUSSARSAR^(1,3), AHMED ABDELGHANI^(2,3).

¹ : Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached Hospital, Sousse.

² : Pulmonology department, Farhat Hached Hospital, Sousse.

³ : Research Laboratory N° LR14ES05, Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University Sousse

Background : The incidence of obesity hypoventilation syndrome (OHS) may be increasing. Despite polysomnographics parameters and extensive NIV use in these patients, information about efficacy is limited. Aims and objectives : Evaluate the prevalence and typology of SBD in severe OHS patients. Evaluate compliance and side effects of at home NIV in these patients.

Methods : Were included all consecutive patients admitted to ICU within a period of 13 Years. Anthropometric, clinical, functional, ABGs data were collected and Epworth scale was measured. Respiratory polygraphy was performed at steady state. Compliance and observance to NIV were analyzed. Statistical analysis was performed for prevalence of SDB and NIV compliance was also analyzed.

Results : One hundred patients were included. 50% of patients required immediate invasive mechanical ventilation. NIV was only possible in 44%. Overall ICU mortality was 39%. The patients are mostly old, female with morbid obesity. Sixty one patients improved and were directed to the respiratory department. Six patients died within a delay of $16,1 \pm 16,2$ months from ICU discharge. Only 24 patients were reached for a respiratory polygraphy. All patients have an abnormal Epworth scale. The AHI average is $48 \pm 29/h$ and time spent with $SpO_2 < 90\%$ at $144,0 \pm 171,8$ min. 70.8% of patients had obstructive sleep apnea syndrome. Ventilatory treatment at home by NIV has been prescribed in 21.3% of cases with good compliance only in 36.4% of cases. The average compliance of home NIV was 7 ± 3.5 hrs per day.

Conclusion : This comprehensive study demonstrated a poor outcome of AE/OHS. We note in our population a high prevalence of OSA. Most of these patients are lost to follow.

F.Com 16. IMPACT PRONOSTIQUE DU CŒUR PULMONAIRE AIGU AU COURS DU SYNDROME DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE AIGU

AUTEURS : T MERHABENE*, T KHZOURI, A JAMOSSI, A BEN SLIMEN, J BEN KHELIL, M BESBES.

Service de réanimation respiratoire, hôpital. A. Mami. Ariana.

Introduction : Le cœur pulmonaire aigu (CPA), défini à l'échocardiographique par la survenue d'une défaillance ventriculaire droite secondaire à l'augmentation brutale de la post charge du ventricule droit, s'associe fréquemment au syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA). Certains auteurs ont suggéré un impact pronostique défavorable lié à la présence du CPA au cours du SDRA. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact de la présence d'un CPA au cours du SDRA.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, incluant les patients hospitalisés en réanimation médicale de l'hôpital de l'Ariana pour SDRA entre janvier 2015 et septembre 2016 et qui ont bénéficié d'une ETT à l'admission. N'ont pas été inclus les patients ayant un CPA dont l'origine était autre que le SDRA. Le diagnostic de cœur pulmonaire aigu a été retenu sur des critères échographiques de dysfonction systolique et/ou diastolique du ventricule droit et/ou une dyskinésie septale du septum interventriculaire. Deux groupes ont été définis : le groupe 1 (G1) : SDRA avec CPA, n=12 et le groupe 2 (G2) : SDRA sans CPA, n= 54.

Résultats : Les patients du G1 étaient plus âgés, avaient des scores de gravité plus élevés, plus de comorbidités et de défaillance d'organe. A l'admission, Les moyennes du PH et du rapport PaO_2/FiO_2 étaient plus basses dans le G1, elles étaient respectivement de 7,23 vs 7,37 et de 95,72 vs 120,50. Le SDRA était classé sévère chez la moitié des patients des 2 groupes, il était le plus fréquemment d'origine infectieuse (pneumopathie communautaire aigüe) dans les 2 groupes. Les moyennes des rapports des diamètres télé diastoliques du ventricule droit/ventricule gauche et de la pression artérielle pulmonaire systolique étaient plus élevées dans le G1 (1,18 vs 0,55 et 43 mmHg vs 26 mmHg). La moyenne des TAPSE étaient de 2,08 dans le G1 et de 2,10 dans le G2. Le recours à la ventilation mécanique invasive était plus fréquent dans le G1 (100% vs 72,2%). Elle était de type protectrice chez tous les patients. La comparaison des paramètres ventilatoires réglés a montré que les moyennes des fréquences respiratoires et de la pression télé expiratoire positive étaient plus élevées dans le G1 (29 v 18) et (11 vs 10). La moyenne des pressions de plateau étaient 29 vs 21. Le recours au décubitus ventral et aux amines étaient significativement plus fréquent dans le G1. La mortalité était plus élevée dans le G1 (83% et 70 %). L'analyse multivariée a montré qu'une PAPS ≥ 28 mmhg et une fréquence respiratoire ≥ 25 étaient des facteurs indépendants prédictifs de surmortalité.

Conclusion : L'association CPA-SDRA augmente significativement la mortalité. Une ventilation protectrice basée sur le monitoring des données échographiques de la tolérance du ventricule droit pourraient améliorer la prise en charge du SDRA et par conséquent son pronostic.

F.Com 17. PARTICULARITES EVOLUTIVES DU SDRA SECONDAIRE AUX PNEUMOPATHIES D'INHALATION

AUTEURS : M'RAD A⁽¹⁾, BENABDERRAHIM A*⁽¹⁾, MEJRI O⁽¹⁾, ABIDI A⁽¹⁾, ESSAFI F⁽¹⁾, BENJAZIA A⁽¹⁾, BARGOUTH M⁽¹⁾, THABET H⁽²⁾, BLEL Y⁽¹⁾, BRAHMI N⁽¹⁾.

(1) service de réanimation polyvalente, centre d'assistance médicale-urgente (camu), tunis, tunisie.

(2) service des urgences, centre d'assistance médicale-urgente (camu), tunis, tunisie

Introduction : Bien que les caractéristiques épidémiologiques, thérapeutiques et évolutives du SDRA secondaire aux pneumopathies communautaires et nosocomiales sont relativement bien connues, des zones d'ombres persistent quant' au SDRA compliquant les pneumopathies d'inhalations. L'objectif de ce travail est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, gazométriques et évolutives des SDRA secondaires aux pneumopathies d'inhalation au cours des intoxications et de les comparer à celles du SDRA secondaire aux pneumopathies communautaires et nosocomiales.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective descriptive menée sur une période de 2 ans et 9 mois (Janvier 2014-Septembre 2016) incluant les dossiers exploitables des patients qui ont développé un SDRA (retenu sur les critères de Berlin 2012) compliquant une pneumopathie d'inhalation secondaire à une altération de l'état de conscience d'origine toxique. Pour chaque patient, nous avons collecté les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives. Nous avons comparé par la suite le devenir de ce groupe de patient SDRA (PNI+) par rapport au groupe de patients en SDRA secondaire aux pneumopathies communautaires et nosocomiales SDRA (PN+).

Résultats : Nous avons colligé 28 patients (15 dans le groupe PNI+ et 13 dans le groupe PN+). L'âge moyen était de 34±15 ans avec des extrêmes de 13 et 64 ans. Le délai moyen entre l'altération de l'état de conscience et l'intubation chez le groupe de patient SDRA (PNI+) était de 20±31 h avec des extrêmes de 1 et 120 h. Les deux groupes de patients étaient comparables en terme d'âge : 31±16 ans chez le groupe SDRA (PNI+) vs 39±14 (p=0,16) et en terme de gravité : IGSIII moyen de 38±15 chez le groupe SDRA (PNI+) vs 49±11 chez le groupe SDRA (PN+) (p=0,3) et APACHEII moyen de 14±6 chez le groupe SDRA (PNI+) vs 19±5 chez le groupe SDRA (PN+) (p=0,06). Ils étaient comparables également en terme de profondeur de l'hypoxémie initiale : PaO₂/FiO₂ moyen (t0) de 117±54 mmHg chez le groupe SDRA (PNI+) vs 127± 50 mmHg chez le groupe SDRA (PN+) (p=0,53). Chez le groupe SDRA (PNI+), le SDRA était classé léger dans un seul cas, modéré dans 7 cas et sévère dans 7 cas versus léger (n=2), modéré (n=6) et sévère (n=5) chez le groupe SDRA (PN+). L'évolution ultérieure était significativement plus favorable chez le groupe SDRA (PNI+) concernant le rapport PaO₂/FiO₂ qui s'est amélioré au-delà de 300 mmHg dans un délai moyen 38±28 h versus 247± 213 h chez le groupe SDRA (PN+) (p=0,004). La durée de ventilation artificielle était de 94±88h chez le groupe SDRA (PNI+) versus 246±178h chez le groupe SDRA (PN+) (p=0,03).

Conclusion : L'évolution du SDRA compliquant les pneumopathies d'inhalation semblerait plus favorable que celui compliquant les pneumopathies communautaires et nosocomiales quel que soit le stade de gravité initiale du SDRA. Toutefois, des études prospectives complémentaires sont nécessaires afin d'infirmier ou de confirmer ces constatations.

F.Com 18. A COMPARISON OF THE NEUROMUSCULAR BLOCKADE INDUCED BY ORIGINAL BRAND-NAME (NIMBEX®) AND GENERIC (CISATREX®) CISATRACURIUM IN MECHANICALLY VENTILATED MEDICAL CRITICALLY ILL PATIENTS.

AUTEURS : JIHENE AYACHI⁽¹⁾, NESRINE FRAJ*⁽¹⁾, SANA ROMDHANI⁽¹⁾, AHMED KHEDHER⁽¹⁾, ABDELBAKI AZOUZI⁽¹⁾, KHAOULA MEDDEB⁽¹⁾, NESRINE SMA⁽¹⁾, RANIA BOUNEB⁽¹⁾, IMED CHOUCHENE⁽¹⁾, MERIAM EL GHARDALLOU⁽³⁾, MOHAMED BOUSSARSAR^(1,2).

^{1/} Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse.

^{2/} Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse. Tunisia.

^{3/} Department of Community Medicine. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse.

Introduction : Use of generic drugs, which are bioequivalent to brand-name drugs, is now a common practice. However, there is still concern among patients and physicians that brand-name drugs are more efficient than generic drugs (1). Objectives : To compare efficiency and tolerance of two marketed forms : original brand-name (NIMBEX®) and generic (CISATREX®) continuous cisatracurium-induced paralysis in hypoxemic ventilated patients.

Material and methods : A cross-over, randomized, double-blind physiological trial. Was compared, neuromuscular blockade induced respectively by the original brand-name and generic continuous cisatracurium infusion during two successive periods, separated by a one hour washout period. Neuromuscular function was monitored by visual estimation of the contractions (number and height) of the thumb in response to a calibrated train-of-four (TOF) stimulation every 5 minutes. A continuous infusion of cisatracurium was started at 0.06mg-1kg-1h-1. The cisatracurium infusion rate was then increased by increments of 0.03mg-1kg-1h-1 every thirty minutes to reach and sustain a TOF of 2/4. Were measured the delay of paralysis defined by the time needed from infusion onset to reach a TOF of 2/4. Was also assessed respective recovery times for the two drugs defined by the time needed to reach a TOF of 4/4 after stopping the cisatracurium infusion. Under optimized sedation and ventilation, patients admitted for hypoxemic acute respiratory failure with a PaO₂/FiO₂ <200 and requiring paralysis were enrolled. Patient's characteristics and SAPS II score were assessed at admission. Ramsay sedation scale, respiratory and hemodynamic parameters, PaO₂ /FiO₂ ratio were evaluated at baseline (before cisatracurium onset). Tolerance was assessed by significant variations (>30%) of heart rate and/or systolic blood pressure. Number needed to demonstrate a significant difference between the delays to reach a TOF of 2/4 in the two studied cisatracurium forms was estimated at 22 patients.

Results : Twenty two patients were included. Median age was 56[41, 73] years. 14(61,9%) were male. 17(77.3%) had ARDS and 5(22.7) had status asthmaticus. Median SAPS II at admission, 34[25, 43]. 11(52,3%) patients had a PaO₂/FIO₂ ratio <100. Median paralysis delay was respectively 70[44, 96]min in NIMBEX® group and 70[43, 97]min in CISATREX® group ; (p=0.579). Figure 1 displays respective TOF kinetics in the two forms of cisatracurium. The median recovery time from paralysis was respectively 60[40, 80]min in NIMBEX® group and 60[42, 78]min in CISATREX® group (p=0.924). There was no significant hemodynamic variations neither in NIMBEX® nor in CISATREX® group (respectively zero event, 1 event).

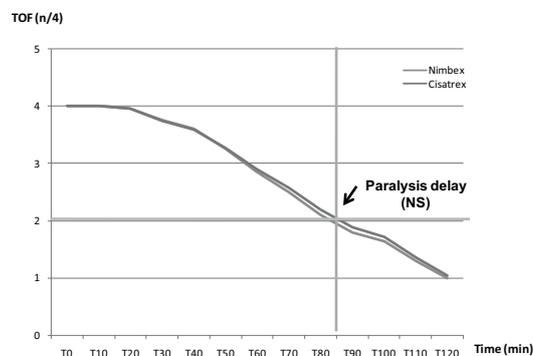


FIGURE 1 : TOF KINETICS RESPECTIVELY IN NIMBEX® GROUP AND CISATREX® GROUP.

Conclusion : The present study revealed no significant difference in efficacy as in tolerance between original brand-name NIMBEX® and generic (CISATREX®) of cisatracurium.

References : 1 Shrank W, Cox E, Fischer MA, Mehta J, et al. Patient perceptions of generic medications. Health Aff (Millwood). 2009 Mar-Apr; 28(2) :546-56

Grant, Acknowledgment : MédiS Laboratories, Tunisia.

F.Com 19. EPREUVE DE VENTILATION SPONTANÉE PAR TUBE EN T VERSUS AIDE INSPIRATOIRE LORS DU SEVRAGE DE LA VENTILATION MÉCANIQUE

AUTEURS : MARZOUK M, OUANES I, BEN BRAIEK D, BEN ABDALLAH S, HAMMOUDA Z, DACHRAOUI F, HRAIECH K, NAKAA S, OUSJI A, ADHIEB A, MGHIRBI A, OUANES-BESBES L, ABROUG F.

Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba – Monastir.

Introduction : L'épreuve de ventilation spontanée (EVS) est utilisée pour évaluer la possibilité de séparer le patient de son ventilateur. La meilleure modalité de l'EVS est encore un sujet de controverse. L'objectif de ce travail est de comparer les deux techniques d'EVS à savoir le tube en T (TET) et l'aide inspiratoire avec PEEP zéro (VS-ZEEP) en termes d'évolution de l'EVS et d'issue des patients.

Patients et Méthodes : C'est une étude de cohorte incluant les patients consécutivement admis dans notre service entre le 1^{er} Juillet 2014 et le 31 Août 2016 et ventilés pour une durée ≥ 48 heures, et qui ont eu une première épreuve de ventilation spontanée (EVS). Cette EVS était réalisée dans notre service avec TET avant Mars 2016 et avec VS-ZEEP depuis. Une analyse multivariée avec ajustement sur les variables significativement différentes entre les deux groupes a été réalisée pour déterminer l'association entre la modalité de l'EVS et la réussite de l'extubation (sans réintubation au bout 48 heures).

Résultats : Durant la période de l'étude, 84 patients ont eu une première EVS (55 avec TET et 29 avec VS-ZEEP). Le tableau I résume les principales caractéristiques et l'évolution dans les deux groupes.

Table I : Caractéristiques et Issues des deux groupes avant l'ajustement.

	VS-ZEEP (n=29)	TET (n=55)	p
Age, méd. [IQR]	67 [48 - 74]	55 [36 - 67]	0.044
Sexe (H/F)	21/8	32/23	0.240
SAPS III méd. [IQR]	75 [66.5-80.5]	67 [60-77]	0.021
SOFA méd. [IQR]	8 [7 - 10]	7 [5 - 10]	0.172
Raisons de la VM	IRA/IRC n(%)	14 (48.3)	16 (29.1)
	IRA de novo n(%)	8 (27.6)	17 (31)
	EDC septique n(%)	5 (17.2)	6 (11)
	Neurologique n(%)	2 (6.9)	16 (29.1)
Durée de la VM avant la 1 ^{ère} EVS (jours)	5 [3-8]	5 [3-8]	0.854
Issue de l'EVS	Durée de l'EVS méd. [IQR]	60 [30-80]	60 [30-90]
	Succès de l'EVS n(%)	20 (68.9)	41 (74.5)
Réintubation n(%)	3 (10.3)	5 (9.1)	0.852
Durée du séjour en réanimation méd. [IQR]	16 [8.5-27.5]	12 [7 - 30]	0.486
Mortalité en réanimation, n(%)	6 (20.7)	10 (18.2)	0.778

L'analyse multivariée n'a montré aucune relation entre la modalité de l'EVS et le succès de l'extubation (OR = 0,89, IC 95%, 0,33 à 2,38). Nous avons réalisé également un appariement de 28 patients dans le groupe VS-ZEEP avec 28 autres du groupe TET (sur l'âge, le sexe et le score SAPS III) montrant que le succès de l'extubation n'était pas différent (53,6% TET vs 57,1% VS-ZEEP, $p = 1.000$). La mortalité en réanimation était significativement plus élevée chez les patients réintubés par rapport à ceux extubés avec succès (75% vs 11.3%, $p < 0.001$).

Conclusion : Dans notre cohorte, le TET et la VS-ZEEP étaient comparables en termes d'évolution de l'EVS et de l'issue des patients.

F.Com 20. VENTILATION A DOMICILE DANS LES SUITES DES DECOMPENSATIONS AIGUES DES BRONCHOPNEUMOPATHIES CHRONIQUES OBSTRUCTIVES.

AUTEURS : J.GUISSOUMA, H.GHADHOUNE, H.ALLOUCHE*, I.TRABELSI, H.BRAHMI, M.SAMET, S.SOUISSI, H.EL GHORD.

Service de réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa Bizerte

Introduction : L'évolution des bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) se complique souvent d'épisodes de décompensations aiguës imposant l'hospitalisation en unité de soins intensifs et le recours à la ventilation mécanique (VM). Malgré les progrès thérapeutiques dans la prise en charge des décompensations aiguës des BPCO le sevrage de la VM n'est pas toujours possible conduisant à une assistance ventilatoire à long terme. Dans ce cadre, on s'est proposé de réaliser une étude sur les décompensations aiguës des BPCO et d'évaluer l'incidence du recours à la ventilation à domicile (VAD) à la sortie de la réanimation.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une période de 3 ans (entre janvier 2013 et décembre 2015), incluant tous les patients hospitalisés dans une unité de réanimation (de 6 lits de capacité) pendant plus de 48h pour décompensation de BPCO. Le diagnostic a été retenu sur la variation aiguë de l'état clinique habituel avec exacerbation des symptômes. Les données démographiques, cliniques, biologiques et évolutives ont été évaluées selon une étude statistique descriptive et analytique.

Résultats : Nous avons colligé 65 épisodes de décompensations. L'âge moyen était de 66 ± 8 ans avec une nette prédominance masculine (sex ratio=2,6). Parmi les comorbidités l'HTA, le diabète et l'insuffisance rénale chronique étaient les plus fréquentes avec des taux respectifs de 38%, 17% et 16%. Un tabagisme était rapporté par 70% des patients. Neuf patients seulement avaient une exploration fonctionnelle respiratoire. Des antécédents de ventilation invasive (VI) étaient notés dans 41% des cas et de VNI dans 49% des cas. L'étiologie de la décompensation était principalement une infection broncho-pulmonaire (64% des cas). La gravité du tableau initial était évaluée par les scores IGS II et APACHE II avec des moyennes respectives de 36 ± 14 et 19 ± 5 . A l'admission : 72% des patients avaient un $pH \leq 7,35$ (pH moyen à $7,29 \pm 0,12$), 44% avaient une $pO_2 \leq 60$ mmHg et 78% avaient une $pCO_2 \geq 60$. Un coma, un état de choc et un collapsus de reventilation étaient constatés respectivement dans 18%, 9% et 9% des cas. La VM était indiquée dans 92% des cas (soit 60 patients). C'était une VNI dans 68% des cas (soit 44 patients avec échec chez 17 patients) et une VI dans 52 % des cas (soit 34 patients : 16 patients intubés d'emblée (24%) et 17 (28%) après échec de la VNI). La durée moyenne de la VNI était de 4 jours et celle de la VI de 8 jours. Douze patients (soit 18%) avaient nécessité la VAD : 10 sous VNI par masque facial et 2 sous ventilation assistée contrôlée via une canule de trachéotomie. La durée moyenne de séjour était de 9 jours. La mortalité était de 32% dans notre série. L'étude analytique n'a pas pu dégager des facteurs prédictifs de recours à la VAD.

Conclusions : La VAD fait partie de l'arsenal thérapeutique de la prise en charge des BPCO sévères en vue d'améliorer la survie et la qualité de vie. Il serait intéressant de suivre les BPCO sortis de la réanimation sous VAD afin d'évaluer l'utilité de cette alternative.

F.Com 21. EFFICACITE DE LA VNI AU LONG COURS CHER LES IRCO DANS LES SUITES D'UNE DECOMPENSATION HYPERCAPNIQUE SEVERE NECESSITANT L'HOSPITALISATION EN REANIMATION : EXPERIENCE DE 10 ANS

AUTEURS : HAMMOUDA Z, BEN ABDALLAH S, NAKAA S*, MGHIRBI A, HRAIECH K, BEN BRAIEK D, ADHIEB A, OUSJI A, OUANES I, DACHRAOUI F, ABROUG F, BESBES OUANES L.

Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba de Monastir

Introduction : l'IRA hypercapnique est un motif assez fréquent d'hospitalisation en réanimation. La VNI a prouvé son efficacité en aiguë chez les insuffisance respiratoire chronique obstructive (IRCO) en décompensation hypercapnique sévère nécessitant l'hospitalisation en réanimation. La ré hospitalisation en réanimation de ces patients constitue un facteur de risque de morbi-mortalité. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de la VNI au long cours chez les patients hypercapniques chroniques secondaire à une BPCO sévère isolée ou associée un SAS (over lap syndrome) ou au syndrome d'obésité hypoventilation, dans les suites d'une décompensation hypercapnique sévère nécessitant l'hospitalisation en réanimation.

Matériel et méthodes : Etude descriptive avec recueil prospectif des données concernant les patients IRC hypercapniques chroniques traités par VNI au long cours au décours d'une hospitalisation en réanimation, sur une période de 10 ans (entre Octobre 2005 et Octobre 2015). Les critères d'inclusion : tous les patients présentant une hypercapnie chronique en rapport avec une BPCO sévère isolée ou associée à un SAS, et les patients porteurs d'un syndrome d'obésité- hypoventilation qui ont été hospitalisés en réanimation pour une IRA hypercapnique. Les critères d'exclusion : la présence d'une IRC restrictive, l'âge ≤ 18 ans, la trachéotomie. Les paramètres étudiés sont : L'âge, le sexe, le BMI, l'ancienneté d'évolution de la maladie, la gazométrie à l'état de base, les données écho cardiographiques, l'index A/H (polygraphie), la date de l'initiation de la VAD, l'observance de la VAD, la qualité de et le devenir des patients (fréquence des exacerbations depuis la date de l'appareillage et la survie).

Résultats : au cours de la période de l'étude, 125 patients ont reçu une ventilation à domicile dont 27 BPCO, 45 SAS et 34 over lap syndrome. L'âge moyen était de 65 ans. Le sexe ratio était de 1. Les principaux antécédents étaient : l'HTA, le diabète et la cardiopathie ischémique. Le pH de base était 7.38. La capnie de base était à 55 mm Hg. 61.6 % des malades avaient une bonne observance à la VAD. Concernant les facteurs pronostiques analysés, on note une fréquence moyenne des exacerbations à 1.8. La mortalité globale à dix ans (en 2016) était de 34.4 %.

Conclusion : Cette étude confirme l'intérêt de la VNI au long cours dans la prise en charge des IRC hypercapniques chroniques au décours d'une hospitalisation en réanimation pour une IRA hypercapnique avec réduction de l'hypercapnie chronique et amélioration de la qualité de vie par une réduction significative de la fréquence des exacerbations et de la mortalité globale.

F.Com 22. LA VARIATION DES TAUX DE BICARBONATES LORS DE L'HOSPITALISATION EN RÉANIMATION POUR EXACERBATION HYPERCAPNIQUE DE BPCO ET SON IMPACT SUR LA SURVIE À LONG TERME.

AUTEURS : HRAIECH K, OUANES I, BEN ABDALLAH S, OUSJI A, NAKKEE S, ADHIEB A, BEN BRAIEK D, MGHIRBI A, HAMMOUDA Z, DACHRAOUI F, OUANES-BESBES L, ABROUG F.

Service de réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir.

Introduction : L'exacerbation aiguë des bronchopneumopathies chroniques obstructives (EABPCO) est associée à une augmentation de la morbi-mortalité. Des taux élevés de bicarbonates reflètent une hypercapnie et une hypoventilation chroniques chez ces patients. Les conséquences de la variation des bicarbonates lors de l'hospitalisation en réanimation pour EABPCO ne sont pas bien étudiées. Le but de cette étude est d'évaluer l'impact de la variation des bicarbonates pendant l'hospitalisation en réanimation lors d'une EABPCO sur la survie à long terme.

Matériel et méthodes : Dans une base de données recueillie prospectivement incluant les patients admis entre 2000 et 2012 pour EABPCO dans notre service, nous avons calculé la variation de concentration du taux de bicarbonates pendant le séjour en réanimation comme suit : $\Delta\text{HCO}_3^- = [\text{HCO}_3^-] \text{ à l'admission} - [\text{HCO}_3^-] \text{ à la sortie}$. Les patients ont été répartis en 3 groupes :

Groupe 1 : Diminution du taux de bicarbonates : $\Delta\text{HCO}_3^- \leq -5$ mmol / l,

Groupe 2 : Variation minimale du taux de bicarbonates : $-5 < \Delta\text{HCO}_3^- < 5$ mmol / l,

Groupe 3 : Augmentation du taux de bicarbonates : $\Delta\text{HCO}_3^- \geq 5$ mmol / l.

Le statut à long terme des patients (survivant ou décédé) a été vérifié en consultant le registre de l'état civil.

Résultats : Durant la période de l'étude, 440 patients ont été consécutivement admis pour EABPCO (84,5% de sexe masculin, âge médian : 68 ans, pH médian à l'admission : 7.28, taux médian de HCO_3^- : 30,6). La VNI était la modalité ventilatoire initiale dans 65% des cas et la survie à la sortie de réanimation : 84,3%. Les gaz du sang (à l'admission et à la sortie) ainsi que la survie à long terme étaient disponibles chez 239 patients. La survie lors d'un suivi médian de 7 ans était de 31,2%. La variation des bicarbonates était inversement proportionnelle à la survie à long terme (tableau I et figure 1).

	$\Delta\text{HCO}_3^- \leq -5$ (n=53)	$-5 < \Delta\text{HCO}_3^- < 5$ (n=142)	$\Delta\text{HCO}_3^- \geq +5$ (n=44)	p
ΔHCO_3^- , méd (IQR)	8,2 (-11,4 ; -6,05)	0 (-2,1; 2,05)	7,2 (6,2 ; 9,8)	<0.001
Survie à long terme, n(%)	26 (49,1)	57 (40,1)	10 (22,7)	0,027

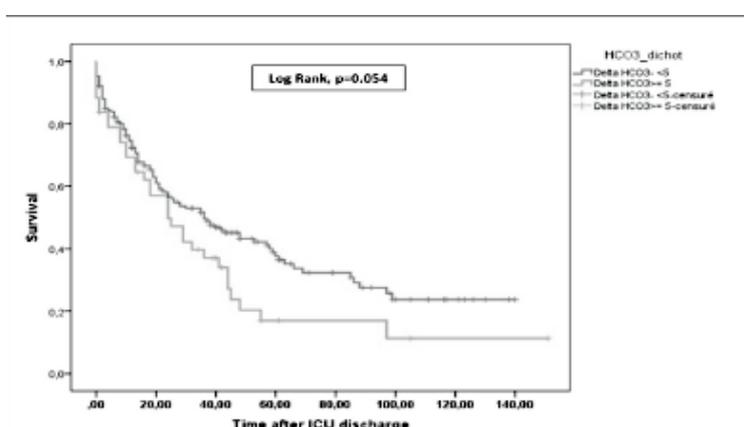


FIGURE 1 : COURBE DE KAPLAN-MEIER, VARIATION DU TAUX DE BICARBONATES ET SURVIE À LONG TERME.

Conclusion : Notre étude suggère que la variation du taux de bicarbonates lors de l'hospitalisation en réanimation pour EABPCO pourrait être considérée comme facteur pronostique.

F.Com 23. INTÉRÊT DU CALCUL DES COMPOSANTES IMPLIQUÉES DANS LA DIURÈSE AU COURS DES HYPOKALIÉMIES.

AUTEURS : BACHROUCH MAYSSA*, DALY FOUED, RACHDI EMNA, TRIFI AHLEM, NASRI ROCHDI, ABDELLATIF SAMI, BEN LAKHAL SALAH.

Service de Réanimation médicale La Rabta.

Introduction : L'hypokaliémie en réanimation est un des troubles hydroélectrolytiques les plus fréquents. Elle peut être responsable de troubles de rythme cardiaque voire d'arrêt cardiaque. Sa prise en charge repose sur la supplémentation et sur le traitement étiologique. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'intérêt diagnostique du calcul des composantes impliquées dans la kaliurèse.

Patients et méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective intéressant 16 patients hospitalisés consécutivement et présentant une hypokaliémie. Celle-ci est définie par une kaliémie inférieure à 3,5 mmol/L. Pour l'enquête étiologique, un bilan urinaire (ionogramme urinaire avec urée urinaire avec quantification de la diurèse des 24 heures) et un bilan sanguin (urée, créatinine, magnésium et une gazométrie artérielle) ont été réalisés pour chaque patient. Par la suite, l'osmolarité sanguine et urinaire, le flux hydrique dans le tube collecteur cortical (QTCC en litre/jour) et le gradient transtubulaire de potassium (GTTC) ont été calculés. La réponse rénale est considérée comme adaptée si la kaliurèse est inférieure à 15 mmol/jour.

Résultats : L'âge médian était de 50,5 ans [40-68 ans] et le sex-ratio de 1,14. L'IGS II médian était de 35,5 [20-44,5] et l'APACHE II médian de 14 [6,5-22]. La kaliémie moyenne était de 2,94 mmol/L (\pm 0,3 mmol/L) et la diurèse médiane de 1,65 l/j [1,15-2,25]. La médiane d'apparition de l'hypokaliémie était de 4 jours d'hospitalisation avec des extrêmes de 1 et 13 jours. L'hypokaliémie de transfert était retenue chez un seul patient (insuline et bêtamimétique). L'origine rénale était responsable de l'hypokaliémie chez les 15 patients restants. Chez ces derniers, le GTTC était inadapté en rapport avec une réabsorption trop rapide de sodium dans 8 cas et une réabsorption trop lente de chlore dans 7 cas. Le QTCC était inadapté en plus du GTTC inadapté chez deux patients. Il était en rapport avec un apport élevé en NaCl.

Conclusions : La kaliurèse seule est un élément primordial pour distinguer l'origine rénale ou non de l'hypokaliémie. Mais elle est insuffisante pour expliquer le mécanisme en cause de la fuite rénale. Ceci est possible par le calcul des composantes impliquées dans la kaliurèse et qui sont le QTTC et le GTTC. Une étude incluant plus de malade est en cours afin d'évaluer l'intérêt de ces paramètres dans la prise en charge thérapeutique des hypokaliémies.

F.Com 24. EFFECTS OF EARLY USE OF DIURETICS IN PATIENTS AT RISK OF ACUTE RENAL FAILURE AND OLIGURIA

AUTEURS : NARJESS BEN AICHA, KHAOULA MEDDEB⁽¹⁾, AHMED KHEDHER⁽¹⁾, JIHENE AYACHI⁽¹⁾, NESRINE FRAJ⁽¹⁾, SANA ROMDHANI⁽¹⁾, NESRINE SMA⁽¹⁾, IMED CHOUCHE⁽¹⁾, MOHAMED BOUSSARSAR^(1,2).

¹. Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse.

². Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse. Tunisia.

Introduction : Because oliguria is a poor prognostic sign in patients with acute renal failure (ARF), diuretics are often used to increase urine output in patients with or at risk of ARF. From a pathophysiological point of view there are several reasons to expect that loop diuretics could have a beneficial effect on renal function. However, a review of literature shows that the use of loop diuretics in patients with ARF has been associated with inconclusive results despite the theoretical benefits (1). Objectives : To assess the adjunctive effect of diuretics, to alter the progression to kidney injury or failure, in patients at risk for acute renal failure.

Methods : This is a retrospective chart review of consecutive patients who developed ARF with oliguria in the intensive care unit. Chart abstractors were well trained residents. Two chart reviewers (senior intensivists) studied all the charts. An explicit protocol was used to precise all needed definitions. Uniform handling of data was ensured especially for conflicting, missing or unknown data. Oliguria was defined as urine output lower than 0.5 ml/kg/h for at least 3 hours. RIFLE score was assessed before and after urinary output normalisation. Therapeutic intervention to optimize pre-renal perfusion was described. Mean arterial blood pressure (MBP) before and after therapeutic initiation, oliguria duration, delay from oliguria onset to diuretic administration, delay from diuretic administration to urinary output normalisation were measured.

Results : 23 patients were studied over a 2 years period. They were 63 [24, 87] median (IQR) aged, with diabetes mellitus, 22% ; hypertension, 47.8% ; cardiac failure, 32% and chronic respiratory failure, 43%. Chronic and obstructive kidney diseases were excluded. Median SAPS II was 37 [23, 75]. 80% were on mechanical ventilation. RIFLE score before diuretics administration was assessed at oliguria onset as (patients without risk, zero; R, 69% ; I, 17% ; F, 10% ; L, 4% ; E, zero). Fluid resuscitation after oliguria onset was administered in 77% and vasopressors in 80%. Median (IQR) delay from oliguria onset to diuretic administration was 5[0.5, 22] h while optimization of pre-renal hemodynamic disturbances was already achieved. The median (IQR) MBP before and after therapeutic intervention was respectively, 74[46, 100] mmHg and 95[69, 110] mmHg. Median (IQR) delay from initiation of therapeutic intervention and MBP improvement was 1,5[0, 3] h. The delay from diuretic administration to urinary output normalization was 3[0.5, 27] h. After resumption of diuresis, RIFLE score was assessed as (patients without risk, 74% ; R, 17% ; I, 8% ; F, 1% ; L, zero ; E, zero). (See figure 1) Increased serum creatinine level, above 1.5 fold normal range, was observed only in 6(26%) patients.

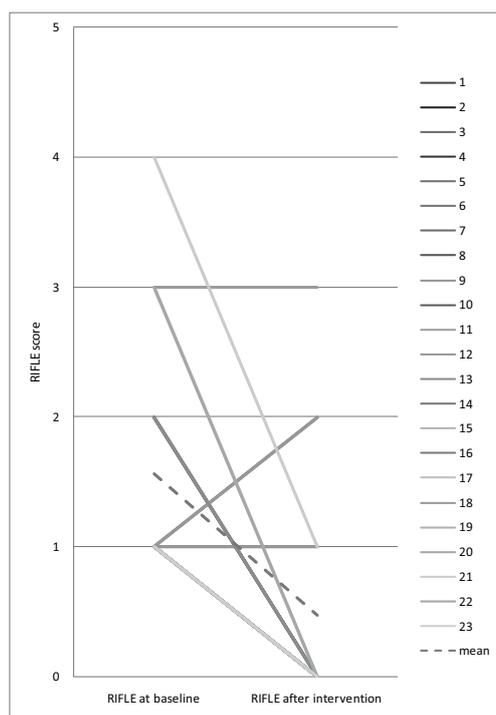


FIGURE 1 : PROGRESSION OF RIFLE SCORE CLASSES RESPECTIVELY FROM BASELINE TO AFTER THERAPEUTIC INTERVENTION.

Conclusion : Rapid optimization of pre-renal hemodynamic disturbances associated with short delay administration of diuretics could significantly alter the progression to kidney injury or failure in at risk acute renal failure ICU patients.

References :

Ho KM, Power BM. Benefits and risks of furosemide in acute kidney injury. *Anaesthesia*. 2010 Mar;65(3) :283-93. Doi : 10.1111/j.1365-2044.2009.06228.x. Epub 2010 Jan 19.

F.Com 25. L'INTOXICATION A L'AMITRIPTYLINE : ASPECTS CLINIQUES ET MODALITES EVOLUTIVES A PROPOS DE 137 CAS

AUTEURS : AYMEN M RAD; MANEL BARGHOOTH*; AMIRA BEN JAZIA; MARWA BEN HMIDA; OLFA MEJRI ; H THABET; Y BLEL; N BRAHMI.

Centre d'assistance médicale et urgences CAMU

Introduction : L'intoxication à l'Amitriptyline est assez répandue aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Malgré cette fréquence élevée, peu d'études se sont intéressées aux manifestations cliniques et aux modalités évolutives de cette intoxication. L'objectif de notre travail était de déterminer la prévalence des différentes anomalies cliniques et les aspects évolutifs au cours des intoxications à l'Amitriptyline.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective sur une période de 55 mois (de Janvier 2012 à juillet 2016) incluant tous les patients hospitalisés en soins intensifs pour intoxication aiguë et pure à l'Amitriptyline retenue sur les données de l'interrogatoire, la présentation clinique et la présence isolée d'Amitriptyline dans les urines. Pour chaque patient nous avons collecté les données cliniques (neurologiques et cardiovasculaires), électro cardiographiques, thérapeutiques et évolutives.

Résultats : Nous avons colligé 137 patients âgés en moyenne de 29±12 ans majoritairement de sexe féminin (sex ratio=0,19). Une pathologie psychiatrique antérieure a été notée dans 54% des cas (n=74). Les patients ont consulté entre 1 et 17 h après l'ingestion. Tous les patients ont présenté des signes en rapport avec un toxidrome anti cholinergique. Une altération de l'état de conscience a été observée chez 135 patients dont 87 (63%) avaient un Glasgow Scale score ≤ 12. Un syndrome extrapyramidal a été noté dans 3 cas, une mydriase dans 20% des cas (n=27) et des signes neurovégétatifs à type de tachycardie dans 27% des cas (n= 38). Les douleurs abdominales ont été rapportées uniquement par 2 patients. Des anomalies électro cardiographiques ont été objectivées chez 63 patients (46%) : il s'agissait d'une tachycardie sinusale (Fréquence cardiaque moyenne=108±13 battement /minute) dans 60% des cas, un allongement du QT dans 16% des cas et un bloc de branche droit dans 12% des cas, un effet stabilisant de la membrane (n=3), des troubles de la repolarisation (n=4) et une onde R ample ($R' > 3mm$) chez 3 patients. 44% des patients présentant des anomalies électriques étaient comateux. Aucune instabilité hémodynamique n'a été notée, même chez les patients qui présentaient des QRS larges. Une intubation avec ventilation artificielle était nécessaire dans 63% des cas (n=87). La durée moyenne de ventilation était de 48 heures avec des extrêmes allant de 18 heures à 15 jours. L'évolution a été favorable pour tous les patients.

Conclusion : Les intoxications à l'Amitriptyline sont potentiellement graves de par les complications neurologiques et cardiovasculaires. Une prise en charge précoce en milieu de réanimation permet d'améliorer le pronostic.

F.Com 26. INTERET DU DOSAGE DE LA DEPAKINEMIE AU COURS DE L'INTOXICATION AIGUE ET PURE AU VALPROATE DE SODIUM

BENABDERRAHIM A* (1), M'RAD A (1), HABACHA S (1), ESSAFI F (1), MEJRI O (1), BENJAZIA A (1), BARGOUTH M (1), BLEL Y (1), THABET H (2), BRAHMI N (1).

(1) service de réanimation polyvalente, centre d'assistance médicale-urgente (camu), tunis, tunisie.

(2) service des urgences, centre d'assistance médicale-urgente (camu), tunis, tunisie

Introduction : L'intoxication aigüe au valproate de sodium (Dépakine[®]) est de plus en plus fréquente en Tunisie depuis son utilisation comme thymorégulateur. Le but de ce travail est de déterminer la corrélation entre la dépakinémie et le score de Glasgow (GCS) d'une part et la dépakinémie et la lactatémie d'autre part.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de 15 ans et 9 mois allant de Janvier 2001 au Septembre 2016 incluant tous les patients admis pour intoxication aigue et pure au valproate de sodium. La population étudiée a été dévisée en deux groupes : Le groupe prise chronique (+) a rassemblé tous les patient traités par la dépakine pendant une durée ≥ 3 mois. Le groupe prise chronique (-) a inclus tous les patients qui ne sont pas traités par la dépakine ou ceux traité pendant une durée ≤ 3 mois. Pour chaque groupe, nous avons étudié la corrélation entre la dépakinémie et le GCS et entre la dépakinémie et la lactatémie.

Résultats : Nous avons colligé 98 patients ; 21 hommes et 77 femmes (sexe ratio = 0,27). L'âge moyen était de 25 ± 10 ans avec des extrêmes de 12 et 60 ans. Les scores de gravité moyens APACHE II et IGS II étaient respectivement de 3 ± 4 et 11 ± 9 . Le délai entre l'ingestion et la consultation a varié entre 1 et 48 heures avec une moyenne de $6,7 \pm 8$ heures. La dose supposée ingérée a variée entre 1400 et 76000 g avec une moyenne de 12121 ± 11229 g. Le score de Glasgow à l'admission a varié entre 3 et 15 avec une moyenne de 13 ± 3 . La survenue des crises convulsives a été rapportée dans 2 cas et une agitation dans 6 cas. Le recours ventilation mécanique était nécessaire chez 22 patients (22,5%). Le groupe prise chronique (+) a comportait 64 patients soit (65%) et celui de prise chronique (-) 34 patients (35%). Une faible corrélation entre le taux de dépakinemie et le GCS a été noté aussi bien dans le groupe prise chronique (+) ($r_2=0,048$) que dans le groupe prise chronique (-) ($r_2=0,196$). De même une faible corrélation entre la dépakinemie et la lactatémie a été constatée dans les deux groupes ($r_2=0,01$ dans le groupe prise chronique (+) et $r_2=0,061$ dans le groupe prise chronique (-)). Un seul cas de décès a été rapporté en rapport avec un œdème cérébral.

Conclusion : Bien que le taux de dépakinemie soit largement rapporté dans la littérature comme facteur de gravité clinico-biologique guidant la prise en charge initiale, dans notre série nous avons constaté une faible corrélation entre la dépakinémie, le score de glasgow et la lactatémie.

F.Com 27. SYNDROME DE T3 BASSE CHEZ LES PATIENTS DE REANIMATION

AUTEURS : O.TURKI*; H.DAMMAK; R.AMMAR; N.BACCOUCH; K.CHTARA; K.REGAIEG; M.BAHLLOUL; M.BOUAZIZ.

Service de réanimation polyvalente CHU HABIB BOURGUIBA.Sfax

Introduction : Les perturbations endocriniennes sont souvent suspectées chez les patients graves de réanimation mais rarement étudiées. Actuellement plusieurs recherches s'intéressent à ces désordres dont l'identification et la correction peuvent être d'un apport précieux dans la prise en charge du patient de soins intensifs. L'axe corticotrope reste à ce jour le plus étudié et le plus connu par les réanimateurs. Néanmoins, plusieurs études plaident plutôt pour une atteinte endocrinienne plus large touchant plusieurs axes à la fois. Le syndrome T3 basse constitue une entité récente et probablement sous estimée chez ces patients. L'objectif de ce travail est mieux connaitre ce syndrome de T3 basse ainsi que ses caractéristiques épidémiologiques, cliniques et pronostiques.

Méthodes : Nous avons inclus les patients de réanimations admis dans le service de réanimation durant deux mois et demi qui obéissant aux critères d'inclusion et on a effectué des prélèvements sanguins le jour de l'admission, à J3 et J7 pour faire le dosage de TT3, FT4, TSH.

Résultats : Parmi les 54 patients inclus dans notre étude, 46 patients (85,2 %) ont développé un NTIS durant leur séjour en réanimation. La comparaison des groupes NTIS(+) et NTIS(-) en analyse uni variée a montré que les patients ayant développé ce syndrome à l'admission avaient un âge significativement plus élevé et la fréquence de HTA comme antécédent était plus élevé. La fréquence des patients admis en état de choc ainsi que le recours aux catécholamines étaient significativement plus élevée chez les patients pour lesquels le diagnostic d'un NTIS initial a été posé. Le suivi de l'évolution des hormones thyroïdiennes a montré que le taux de T3 a été significativement plus bas par rapport aux autres patients durant toute la période de suivi. En revanche, le taux de T4 était comparable entre les deux groupes à l'admission puis significativement plus abaissé chez les patients du groupe NTIS(+) à partir de J3 d'évolution. La durée de séjour moyenne en réanimation était de $13,8 \pm 13$ jours. La survenue d'un NTIS, indépendamment de son délai par rapport à l'admission n'avait pas d'impact significatif sur cette durée. La mortalité en réanimation dans notre série était de 35,2% (19 patients). La mortalité chez les patients NTIS(+) était significativement plus élevée par rapport aux autres patients. En analyse multi variée, seul un SAPSII élevé était identifié comme facteur prédictif de survenue d'un NTIS à l'admission. En revanche, on a montré que le syndrome de T3 basse n'a pas été identifié comme facteur indépendant prédictif de mortalité. Selon cette analyse, les facteurs indépendants prédictifs de mauvais pronostic étaient : l'âge avancé, la pression artérielle diastolique basse est la capnie à l'admission. En revanche, le taux de T3 à l'admission n'a pas été identifié comme facteur indépendant prédictif de mortalité.

Conclusion : Notre étude montre que le syndrome de T3 basse est particulièrement fréquent chez les patients les plus graves avec un SAPSII élevé. En revanche, il ne constitue pas un facteur indépendant prédictif de mortalité chez les patients de soins intensifs

F.Com 28. HYPERGLYCEMIA IN ICU : INCIDENCE AND IMPACT PROGNOSIS

AUTEURS : K.CHTARA, K.REGAIEG, R.ALLELA, N.BACCOUCHE*, O.TURKI, M.BAHOLOU, M.BOUAZIZ.

Service de réanimation polyvalente CHU HABIB BOURGUIBA.Sfax

Background : Acute hyperglycemia is common in intensive care. It was associated with poor prognosis and increased mortality. The purpose of our study is to investigate the frequency of hyperglycemia in our ICU, to determine the main causes of high blood sugar and to analyze the impact of this hyperglycemia.

Material & methods : Our study is prospective during 3 months. It was conducted in the intensive care unit of the University Hospital Habib Bourguiba Sfax-Tunisia. Were included in our study all patients admitted to the service during the period of the study. For Each patient included were collected from the ICU admission, clinical and biological data.

Results : During the study period, 194 patients were hospitalized in our ICU and the diagnosis of hyperglycemia (> 8mmol / l) was admitted in 93 patients (48%). The Comparison between patients who developed hyperglycemia and those free hyperglycemia group showed that, the patients of the first group were significantly older ($p < 0.001$). Additionally, hyperglycemic patients had more medical history including history of diabetes ($p < 0.001$), a higher SAPS II ($p < 0.05$), a more significant frequency of active infections ($p < 0.05$). Moreover, the presence of hyperglycemia was associated with shock ($p < 0.05$) and respiratory distress ($p < 0.05$). Their evolution was marked by the significantly higher frequency of infectious complications ($p < 0.05$), thromboembolic complications ($p < 0.05$) and acute renal failure ($p < 0.05$). The average duration of mechanical ventilation and the length of stay were also significantly prolonged in hyperglycemia group patients ($p < 0.05$ for both). Finally, the presence of hyperglycemia was significantly associated with a higher mortality rate.

Conclusion : we concluded that hyperglycemia is correlated with poor prognosis of morbidity and mortality. But strict glycaemic control remain controversial. Thus, further studies on this subject will be recommended to define the exact place of glycaemic control in intensive care.

F.Com 29. 197 HEAD INJURY DUE TO TRAFFIC ACCIDENTS : EPIDEMIOLOGY AND PROGNOSTIC FACTORS : ANALYSIS OF COHORT OF 694 PATIENTS

AUTEURS : H.CHELLY; K.CHTARA; O.TURKI; N.BACCOUCHE*; R.AMMAR; R.ALLELA; M.BAHOLOU; M.BOUAZIZ.

Service de réanimation polyvalente CHU HABIB BOURGUIBA.Sfax

Introduction : Head injuries are a public health problem. Studies on the epidemiology and especially the prognosis of head trauma are rare in developing countries. The objective of our study is to determine the epidemiological aspects and to identify factors correlated with short- and long-term prognosis.

Patients and methods : It was a retrospective study during 4 years (January 2009 to December 2012) included 694 patients with traumatic brain injury due to traffic accidents. We studied the factors correlated with poor prognosis in terms of death or Glasgow Outcome Scale (GOS) in univariate and multivariate analysis. For study according to GOS, patients (n=694) were divided in two groups : favorable GOS for patients having a good recovery or recovery with a minor handicap [GOS class4 or5] and unfavorable GOS for patients having a severe handicap or vegetative state [GOS class1or 2] or died [GOS1].

Results : During the study period, 694 patients (18.7% of all patients) were admitted to our ICU with traumatic brain injury due to traffic accidents. The mean of age was 31.9. The sex ratio was 5.8. In admission, 20% of patients had hypotension, 17.4% of patients had respiratory distress and the mean GSC was 8.8. The mortality rate was 28.5%. 496 patients were survivor : 13 patients with vegetative state, 133 with severe handicap (19.3%), 185 patients with minor handicap (26.7%), and 163 patients with good recovery (23.6%). The predictive independent factors correlated to mortality in multivariate analysis were : age ≥ 38 , hypotension, hypoxemia, SG5 ≤ 8 , unilateral or bilateral mydriasis, cerebral edema, Marshall Class VI, initial hemoglobin ≤ 11.3 , Blood sugar ≥ 8.3 mmol/l. The predictive factors correlated with poor prognosis according GOS were : age ≥ 38 , initial shock, SGC ≤ 8 , unilateral or bilateral mydriasis, post traumatic coma duration more than 5 days, cerebral edema, initial hemoglobin ≤ 11.7 g/dl, Blood sugar ≥ 8.4 mmol/l and catecholamine using.

Discussion : Many progresses have been made in management of victims of head injury and in diagnosis of lesions that can benefit from surgical treatment. Despite this progress, more than 50% of severe cases die or keep a lifelong disability. The prognosis is so often linked to the importance of initial signs and lesions.

Conclusion : The short-term prognosis of head trauma seems recently stabilized even for the most serious patients, but the distant consequences of head trauma are fairly frequent, heavy and often undervalued. That is why, it is so important to identify these consequences and management them correctly.

SESSION FLASH
COMMUNICATION 3
—Salle César—

F.Com 30. LE TRANSFERT SECONDAIRE DU GRAND BRÛLÉ EN TUNISIE : ETAT DES LIEUX

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

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

Introduction : La prise en charge précoce et adaptée d'un brûlé grave est un élément déterminant du pronostic. Le brûlé grave est un hypovolémique, un hypoxémique, un hypothermique et un hyperalgique. À la phase initiale, les défaillances rencontrées sont essentiellement d'ordre hémodynamique et respiratoire plaçant ainsi la réanimation hydro-électrolytique et respiratoire au centre de la prise en charge. Nous rapportons dans ce travail, les caractéristiques des brûlés transférés secondairement au centre de brûlés de Ben Arous.

Méthodes : Etude descriptive monocentrique menée au service de réanimation de brûlés de Ben Arous sur une période de 9 mois (Janvier- Septembre 2016) incluant tous les patients transférés secondairement au service de réanimation de brûlés de Ben Arous. Les données démographiques, cliniques et biologiques des patients inclus ont été collectées.

Résultats : Durant la période d'étude, 239 patients ont été hospitalisés dont 101 ont été transférés secondairement d'une autre structure hospitalière, soit une fréquence de 42% des admissions. Il s'agissait d'un transfert avec accord préalable dans la moitié des cas (57%). Le délai moyen de transfert était de 40H post brûlure avec des extrêmes allant de 1H à 264H. L'âge moyen des patients était de 37±15 ans. La surface cutanée brûlée moyenne annoncée était de 44 ± 22% versus 36± 22% réévaluée à l'admission. Les brûlures étaient en rapport avec un accident domestique dans 42% des cas, une tentative de suicide dans 26% et un accident de travail dans 14% des cas. A l'admission, 12% des patients avaient un état de choc et 43% étaient intubés ventilés. Le conditionnement initial des patients transférés a comporté : un cathéter veineux central dans 51% des cas, un sondage vésical dans 55% des cas et une sonde naso-gastrique dans 11% des cas. Le décapage et le pansement des lésions de brûlures ont été réalisés dans 66% des cas. La resuscitation hydroélectrolytique initiale a été démarrée dans 74% des cas par des cristalloïdes. A l'admission, le taux de lactate initial était de 3.36 ± 1.7mmol [1- 8.8] avec un pH à 7.33 [6.6- 7.51] et un taux de bicarbonates à 20±5 mmol/l [9-34]. Dans notre série, les patients transférés sans accord préalable avaient plus d'état de choc (16.2% vs 8.6%) avec une mortalité plus élevée comparativement à ceux ayant eu un accord préalable (25.5% vs 17,2%).

Conclusion : Il ressort de notre étude que la médicalisation initiale différée ou inadaptée du brûlé grave, durant les premières heures de brûlure, est associée à une mortalité accrue (25,5% vs 17,2%).

F.Com 31. SATISFACTION DU PERSONNEL D'UN SERVICE DE REANIMATION APRES INTRODUCTION D'UN SYSTEME INFORMATIQUE DE GESTION DES PATIENTS

AUTEURS : HAMMOUDA Z, MGHIRBI A*, BEN BRAIEK D, BEN ABDALLAH S, OUSJI A, ADHIEB A, NAKAA S, HRAIECH K, OUANES I, DACHRAOUI F, OUANES BESBES L, ABROUG F.

Service de réanimation polyvalente chu fattouma bourguiba monastir

Introduction : Le système INNOVIAN® a été installé dans le service de réanimation polyvalente du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir depuis le déménagement dans les nouveaux locaux (mars 2016). L'objectif de ce travail est d'évaluer la satisfaction du personnel soignant et son acceptation du système.

Matériel et méthodes : un questionnaire comprenant 14 items a été adressé au personnel du service. Les caractéristiques démographiques (âge, sexe) ainsi que le grade et l'ancienneté dans le grade ont été recueillis.

Résultats : 40 personnes ont été interrogées réparties entre les corps de métier suivants : 21 infirmiers, 9 internes, 5 résidents, 5 médecins séniors. L'âge moyen était de 28.5 ans (24- 59 ans). Le sexe ratio était de 19hommes/21 femmes. L'ancienneté dans le grade était < 1 an dans 37.5 %, entre 1 et 5 ans dans 32,5%, entre 5 et 10 ans dans 12,5 % et ≥10ans dans 17,5 %. 62,5 % du personnel a travaillé dans l'ancien service habitué à d'autres méthodes de recueil de données. Concernant le système INNOVIAN® : 37(92,5%) du personnel interrogé est d'accord sur l'usage d'un système informatisé pour la prescription et la surveillance des malades. 36 personnes (90%) pensent qu'il facilite les tâches. 36 personnes sont d'accord sur le principe de l'informatisation des dossiers. 18 personnes (45%) pensent qu'il est facile, 2 personnes le trouvent difficile. 20(50%) trouvent que la difficulté est variable et dépend des tâches. 47,5% du personnel n'ont pas participé au cycle de formation sur l'outil informatique : 25% pensent que cette formation est bénéfique, 60% pensent qu'il faut la refaire, le rythme idéal des cycles de formation est de 2 fois par an (22.5%). Concernant l'impact sur la relation médecin-personnel paramédical, 37,5 % pensent qu'elle n'a pas été influencée, 37,5 % pensent qu'on communique davantage, 25 % qui pensent qu'il y a moins de communication. 55% pensent que l'informatisation ne compromet pas le secret médical, 77,5% pensent qu'il faut la généraliser à l'ensemble de l'hôpital

Conclusion : L'appréciation globale du système INNOVIAN® par le personnel soignant en réanimation, selon cette enquête est bonne. Ce résultat est encourageant d'autant plus que ce système est d'introduction récente.

F.Com 32. COMPARAISON DE DEUX PROTOCOLES D'INTUBATION SANS CURARES : FENTANYL VERSUS REMIFENTANIL

AUTEURS : MS NAKHLI, M KAHOUL, D ZAABAR*, M KHEDER, R CHRIGUI, M ZAKRAOUI, W NAJJA.

Service d'Anesthésie Réanimation, CHU Sahloul – Sousse

Introduction : Les curares sont connus pour faciliter l'intubation trachéale en anesthésie ou en milieu de réanimation, cependant dans certaines conditions, l'utilisation des curares peut s'avérer dangereuse (hyperkaliémie, risque d'intubation difficile...), l'intubation dans ses cas peut être réalisée sans agents bloquants la transmission neuromusculaire. L'objectif de cette étude est de comparer les effets du remifentanyl ou du fentanyl sur les conditions d'intubation en association avec du propofol et de la lidocaïne sans utilisation de curares.

Matériel et méthodes : Etude prospective randomisée incluant 40 patients programmés pour des chirurgies non urgentes et sans critères d'intubation difficile. Les patients ont été randomisés en deux groupes : Groupe F (n=19) : Fentanyl 4µg/kg – Lidocaïne 1,5mg/kg – propofol 4mg/kg. Groupe R (n=21) : Lidocaïne 1,5 mg/kg – propofol 4mg/kg – remifentanyl 2µg/kg. Nous avons évalué les conditions de ventilation au masque, le relâchement des muscles mandibulaires, les conditions d'intubation en utilisant le score IDS (Intubation Difficulty Scale), les réactions motrices (mouvements, toux) à la laryngoscopie, à l'intubation et au gonflage du ballonnet. Les douleurs pharyngées ainsi que la dysphonie ont été évaluées à H1 et H24. Analyse statistique : Test t de Student, Test de Chi2, p significatif < 0,05.

Résultats : Les deux groupes sont comparables du point de vue âge, sexe, BMI, score ASA et critères d'intubation. Les résultats sont exprimés dans le tableau suivant :

		Groupe F (n = 19)	Groupe R (n = 21)	P
Ventilation au masque	Facile	19 (100%)	21 (100%)	0,078
	Difficile	0 (0%)	0(0%)	
	Impossible	0 (0%)	0(0%)	
Relâchement musculaire	Complet	15 (78%)	17 (80%)	0,078
	Léger tonus	0 (0%)	4 (20%)	
	Rigide	4 (22%)	0 (0%)	
Score IDS	0	16 (84%)	17 (81%)	0,222
	0-5	1 (5%)	4 (19%)	
	> 5	2 (11%)	0 (0%)	

L'analyse des données n'a pas trouvé de différence significative entre les deux groupes pour les différents paramètres hémodynamiques. De même l'analyse des conditions d'intubation ainsi que les douleurs pharyngées n'a pas montré une différence significative entre les deux groupes.

Conclusion : Le remifentanyl et le fentanyl procurent des conditions d'intubation comparables en l'absence de curares. Cependant pour avoir des conditions idéales pour réaliser une intubation trachéale, il faudra majorer les doses d'hypnotiques et de morphiniques en association avec de la lidocaïne intraveineuse pour minimiser les réactions hémodynamique à la laryngoscopie.

F.Com 33. LES THROMBOPENIES EN REANIMATION MEDICALE

AUTEURS : MHAJBA MW.* EL HECHMI YZ. CHERIF MA. SEDGHIANI I. AOUINI H. JERBI Z.

Département urgences réanimation.CHU Habib Thameur

Introduction : Classiquement, la thrombopénie, définie par un taux sanguin de plaquettes inférieur à 150 G. L⁻¹, est fréquente chez les patients de réanimation avec une incidence proche de 40%. Le but de cette étude est de préciser l'incidence, les facteurs de risque et les conséquences de l'apparition d'une thrombopénie en réanimation.

Méthodes : 240 patients hospitalisés en réanimation ont été inclus dans notre étude entre janvier 2015 et septembre 2016. Les données concernant les antécédents, les scores pronostiques à l'admission, les bilans biologiques, les médicaments reçus, les transfusions, la présence d'un sepsis étaient notées pour chaque patient ainsi que la survenue d'une complication hémorragique et la mortalité à la sortie du service.

Résultat : 47 épisodes de thrombopénies ont été recensés dès l'admission, soit une incidence de 19,5% alors que 37,08% de nos patients ont développés une thrombopénie a un moment donné de leur hospitalisation. L'étiologie la plus fréquente de la thrombopénie dans ce travail reste le sepsis cependant les taux les plus bas des plaquettes ont été notés chez le patient suivis pour hémopathie .le recours à la transfusion des culots plaquettaires n'est observés que chez 08 malades. Statiquement, la thrombopénie était associée à une mortalité plus élevée (55,3% contre 44,8% chez les patients n'ayant pas développés une thrombopénie). Le risque hémorragique étant majoré par le surdosage en anti-coagulants oraux, c'est qui a été mortel chez 03 malades de notre étude. En analyse multi variée un score de gravité SOFA supérieur ou égal a 10, le développement d'un sepsis ou d'un état de choc, et la présence d'une défaillance hépatique associée se sont révélés comme des facteurs prédictifs de mortalité en milieu de réanimation chez les patients thrombopénique avec respectivement 58% ,41% et 39% des cas.

Conclusion : L'apparition d'une thrombopénie n'est jamais un événement anodin chez le patient de réanimation. Il est toujours important d'essayer de déterminer le ou les mécanisme(s) sous-jacents(s) pour élaborer la meilleure stratégie thérapeutique. Cette prise en charge passe obligatoirement par l'évaluation du risque hémorragique.

F.Com 34. EARLY MOBILIZATION OF CRITICALLY ILL ADULTS : A ONE DAY SURVEY ABOUT PRACTICES IN TUNISIAN ICUS

AUTEURS : AHMED KHEDHER⁽¹⁾, NESRINE SMA⁽¹⁾, KHAOULA MEDDEB⁽¹⁾, YAMINA HAMD AOUI⁽¹⁾, JIHENE AYACHI⁽¹⁾, HEND BEN LAKHAL⁽¹⁾, MESSAOUDA KHELFA⁽¹⁾, HEDIA HAMMED⁽¹⁾, IMED CHOUCHE⁽¹⁾, MOHAMED BOUSSARSAR^(1,2).

^{1/} Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse.

^{2/} Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse. Tunisia

Introduction : There is growing evidence for the benefit and safety of early mobilization during ICU stay. No national data are available about this strategy. We carried out a telephone survey to assess current practices in Tunisian ICUs with respect to early mobilization in a low resources country. Design : One-day point-prevalence study. Setting : Twelve tertiary medical ICUs in Tunisia in 2016. Patients : All adult ICU patients. Interventions : None.

Measurements and main results : For a 24-hour period, data were collected from a reference senior doctor in each unit contacted by phone. The level of patient mobilization and main associated barriers during the mobilization activities were assessed. Twelve participating ICUs provided data for 120 patients over a total capacity of 135 beds. Nurse, caregiver and physiotherapist/patient ratios were respectively at 0.55, 0.15 and 0.13. 57(47%) of patients were on mechanical invasive ventilation and only 18(15%) were on NIV. Overall, 45 (37.5%) patients were mobilized. « Sitting on the edge of the bed » or « sitting in chair » were the main performed activities respectively 15(33%) and 17(37%). « Ambulation » activity was performed only in 13(28%) of all mobilized patients. Among patients with an endotracheal tube and NIV, 5% and 61% were respectively mobilized out of bed. Among the twelve ICUs, none has written protocol on the early mobilization strategy. The most common perceived barriers to mobilizing patients out of bed were low human, material and environmental resources (66%) and invasive mechanical ventilation with deep sedation (58%). No major incidents such as falls or extubations occurred in those mobilized out of bed.

Conclusion : In this 1-day point-prevalence study conducted across medical tertiary Tunisian ICUs, early mobilization seems to be less prevalent especially in invasive mechanically ventilated patients. Several barriers related to poor resources and organization play a huge role.

F.Com 35. LES BASES STRATEGIQUES D'ORIENTATION DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX A LA PHASE AIGUE

AUTEURS : BEN GHEZALA H*, BEDOUI N, KADDOUR M, SNOUDA S.

Service universitaire des urgences et de réanimation médicale. Hôpital régional de Zaghuan.

Introduction : L'accident vasculaire cérébral (AVC) se définit comme un trouble focal aigu du système nerveux central d'origine vasculaire. Il constitue l'urgence neurologique la plus fréquente. La majorité des AVC sont recueillis aux urgences et même s'il existe une disparité des moyens, ces services se prêtent à la prise en charge de ces patients. L'hospitalisation rapide dans une structure adaptée constitue un facteur essentiel du pronostic ultérieur. L'objectif de notre étude est d'évaluer la prise en charge des AVC au SAU de Zaghuan et la stratégie d'orientation.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective réalisée aux urgences de l'hôpital régional de Zaghuan et qui considère un échantillon de 104 patients dont le diagnostic retenu est un AVC. L'analyse statistique est faite par le logiciel Excel.

Résultats : Les AVC hémorragiques et ischémiques représentent respectivement 14% et 86%. Les déficits moteurs aigus associés ou non à un trouble de la conscience ou du langage, étaient les motifs de la consultation les plus fréquents (66.34%) suivis par les céphalées intenses et la perte de l'équilibre. 10.57% des malades ont consulté aux SAU de Zaghuan avant 4 heures. Les premières mesures thérapeutiques permettent d'appliquer les ABC (Airways, Breathing, Circulation) : libération des voies aériennes et installation du patient en décubitus ou dans la position latérale de sécurité, oxygénothérapie, mesure de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. Parallèlement une évaluation de la conscience par le score de Glasgow, la pratique d'un ECG, et d'un prélèvement sanguin (NFS, urée, créatininémie, ionogramme, TP, glycémie), la mesure de la température et de la glycémie capillaire avec une perfusion de sérum physiologique, la pose d'une sonde vésicale, l'établissement d'une feuille de surveillance et la pratique d'une TDM cérébrale (89% à notre service de radiologie). Aucun malade n'a bénéficié d'une thrombolyse en phase aigue. 9.61% ont été admis d'emblée dans le service de réanimation devant la gravité du tableau clinique avec une interprétation ultérieure de la TDM cérébrale à l'institut nationale de neurologie de Tunis. 5% des patients ont été confié à leurs parents pour abstention thérapeutique. Le taux de mortalité est de 38.46%.

Conclusion : L'AVC est un problème de santé publique de par sa fréquence et le risque d'handicap au décours. La prise en charge optimale des AVC est basée sur l'organisation des réseaux de soins structurés dans lesquels les unités neurovasculaires jouent un rôle central. Afin d'accroître le nombre de patients éligibles à une revascularisation, il est indispensable de réduire le délai entre le début de symptomatologie et l'administration du traitement. L'organisation de l'orientation des AVC est un challenge majeur.

F.Com 36. CATHETERISME DE LA VEINE SOUS-CLAVIERE : TECHNIQUE CLASSIQUE VERSUS TECHNIQUE ECHOGUIDEE

AUTEURS : NADER BEN OTHMEN*, FATMA ESSAFI, MOHAMED FKI, RADHIA KHOUDI, HÉDI CHARRADA, MECHAAL BEN ALI.

CHU Mohamed Taher Maamouri de Nabeul - Service d'anesthésie réanimation

Introduction : La voie sous-clavière, comparée aux voies jugulaire interne et fémorale, présente plusieurs avantages. Il est établi que l'échoguidage en temps réel pour la VJL permet d'améliorer le taux de succès et de minimiser les complications. Cependant, peu d'études ont évalué l'apport de l'échoguidage pour le cathétérisme de la VSC. Objectif : Comparer le cathétérisme de la VSC de l'adulte pratiqué selon deux techniques différentes : la ponction guidée en temps réel par une échographie 2D et la méthode classique des repères anatomiques externes.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude prospective randomisée. Après accord préalable du comité éthique, ont été inclus tous les patients âgés de plus de 18 ans hospitalisés au service de réanimation et devant bénéficier d'un CVC en dehors du contexte d'urgence. Les critères de non inclusion étaient la thrombose de la veine ou une coagulopathie. Tous les cathétérismes ont été faits par le même praticien non expérimenté. Les patients ont été randomisés en deux groupes : groupe échoguidage en temps réel selon l'approche infra-claviculaire dans un axe longitudinal (GE) et un groupe cathétérisme selon la technique d'Aubaniac (GS). Le critère de jugement principal est le succès. Les critères de jugement secondaires étaient le taux de succès dès la première ponction, le nombre de ponctions, le taux de redirection, le nombre de redirections, le temps d'accès, le temps de préparation et de repérage et le taux de complications.

Résultats : 70 patients ont été inclus (35 dans chaque groupe). Le taux de succès global dans le GE était plus important que celui dans le GS (100% vs 85,7%) sans différence statistiquement significative ($p=0,054$). Contrairement au sous-groupe obèse, où l'échoguidage a permis d'améliorer significativement le taux de réussite (100% vs 25%). L'assistance en temps réel par échographie 2D a permis d'augmenter significativement le taux de succès dès la première ponction (82,9% vs 40%). Elle a permis également de diminuer significativement le nombre de ponctions (1[1-1] vs 2[1-4]), le recours à la redirection de l'aiguille (14,3% vs 68,6%) ainsi que le nombre de redirections (0[0-0] vs 2[0-5]). Le temps d'accès était significativement plus court dans le GE que dans le GS (19s [14 - 40] vs 48s [15,75 - 70,25]). L'échoguidage a diminué significativement l'incidence globale des complications mécaniques (5,7% vs 37,1%). En détaillant les complications, la supériorité de l'échoguidage n'était pas significative pour la ponction artérielle (0% vs 14,3%), le pneumothorax (0% vs 5,7%) et la malposition du cathéter (5,7% vs 2,9%). L'évolution du temps de reflux en fonction du rang des patients montre « un effet apprentissage » dans le GE ($r^2=0,5854$; $p=0,00022$), mais pas dans le GS où la relation entre le temps d'accès et le rang des patients est très faible ($r^2=0,24$; $p=0,2$).

Conclusion : L'assistance en temps réel par échographie 2D pour le cathétérisme de la VSC est une technique efficace et sûre. Son maniement simple facilite les conditions d'apprentissage du praticien non expérimenté et lui permet d'être rapidement performant.

F.Com 37. L'ÂGE INFLUENCE T-IL LA DÉCISION D'INTUBATION EN SOINS INTENSIFS ?

AUTEURS : YZ. ELHECHMI, D. HAMDI, C. ABDENNEBI*, MA. CHÉRIF, A. WAHABI, I SEDGHIANI, Z. JERBI.

Département Urgences et Réanimation. Hôpital universitaire Habib Thameur.

Une question d'ordre éthique est de plus en plus discutée dans la littérature mondiale, l'âge influence t-il, directement ou indirectement, les décisions thérapeutiques des médecins. L'objectif de cette étude était de rechercher s'il existe une différence dans l'indication d'intuber ou d'utiliser la ventilation non invasive entre sujets jeunes et sujets âgés en fonction des détresses vitales présentées. Il s'agit d'une étude observationnelle, non interventionnelle, monocentrique incluant tous les malades admis en réanimation durant la période allant de Janvier 2015 à Août 2016. Les sujets âgés étaient définis par un âge ≥ 65 ans et les sujets jeunes définis par un âge < 65 ans. Nous avons inclus 314 patients. La mortalité globale était de 29,8%. Les sujets âgés représentaient 31,5% de la population. Il existait une différence statistiquement significative dans l'indication d'intuber entre sujets âgés et sujets jeunes en cas de détresse neurologique isolée. Cependant, tous les malades présentant un traumatisme crânien grave avaient été intubés quelque soit l'âge. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans les taux d'intubation pour AVC entre sujet âgés (pourcentage ; valeur absolue) (57% ; 4/7) et sujets jeunes (53% ; 8/15). Pour un patient déjà admis en soins intensifs, la décision d'escalade vers l'intubation ne semble être associée à l'âge qu'en cas de détresse neurologique isolée dans notre série. Cependant les taux d'intubations étaient comparables pour les AVC et les traumatismes crâniens. La décision de non escalade thérapeutique vers l'intubation pour les autres détresses pourrait se situer avant la décision d'admission en réanimation dans ce cas. Une étude incluant les patients graves au niveau de l'accueil des urgences est nécessaire afin de déterminer si l'âge influence réellement la décision d'intubation.

F.Com 38. ETOMIDATE VERSUS KETAMINE-MIDAZOLAM DANS LA SEDATION PROCEDURALE AUX URGENCES : PREMIERS RESULTATS D'UNE ETUDE RANDOMISEE.

AUTEURS : KILANI M *, ZAOUCHE K, KALLEL MA, BOUBAKER R, KHALIL H, CHAKIB B, MAGHRAOUI H, MAJED.

Service des urgences CHU la Rabta

Introduction : La sédation procédurale est réalisée dans les services d'urgence pour faciliter les procédures potentiellement douloureuses en atténuant la douleur, l'anxiété diminue ainsi l'inconfort des malades. Objectif : Comparer l'efficacité de l'Étomidate versus celle de l'association Kétamine -Midazolam dans la sédation procédurale aux urgences.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, randomisée comparant deux protocoles de sédation. L'inclusion dans chaque groupe a été faite par jetée de dé. Le groupe G1 : étomidate et le groupe G2 : kétamine-midazolam.

Résultats Onze malades (9 hommes / 2 femmes) ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 43 ans [22-76], Les actes nécessitant une sédation procédurale étaient : une ponction pleurale (O2), une mise en place d'un drain thoracique (O6), une réduction de luxation d'épaule (O1) et des soins de plaies profondes (O2). Quatre patients n'ont pas atteints le degré de la sédation souhaitée dont trois appartenaient au groupe étomidate (sur un total de sept malades dans ce groupe). Dans le groupe kétamines (quatre malades) on a recensé un seul échec. Le temps de sédation dans les groupes G1 et G2 était respectivement de 25 secondes et 160 secondes. Le temps de récupération dans les groupes G1 et G2 était respectivement de 9 minutes 46 secondes et 9 minutes 20 secondes. Sur les sept patients correctement sédatisés, cinq ne se souviennent pas de l'acte (O2 dans le groupe G1 et O3 dans le groupe G2) et seulement deux patients ont rapportés la survenue de rêve (un dans chaque groupe). Aucun effet indésirable ou complication n'a été objectivé.

Conclusion : Les résultats préliminaires nous ont permis de conclure que probablement le protocole incluant la kétamine et le midazolam pourrait être plus efficace.

F.Com 39. PAIN MEASUREMENT IN MECHANICALLY VENTILATED PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY : BEHAVIORAL PAIN TOOLS VERSUS ANALGESIA NO-CICEPTION INDEX

AUTEURS : ALI JENDOUBI, AHMED ABBES*, HOUDA BELHAOUANE, OUSSAMA NASRI, YOSRA RIAHI, NESRINE CHARRADI, SALMA GHEDIRA, MOHAMED HOUSSA.

Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction : Pain is highly prevalent in critically ill trauma patients especially those with a traumatic brain injury (TBI). Behavioral pain tools such as the Behavioral pain scale (BPS), and critical care pain observation tool (CPOT) are recommended for sedated non-communicative patients. Analysis of heart rate variability (HRV) is a noninvasive method to evaluate autonomic nervous system activity. The Analgesia Nociception Index (ANI) device (Physiodoloris®, MDoloris Medical Systems, Loos, France) allows noninvasive HRV analysis. The ANI assesses the relative parasympathetic tone as a surrogate for anti-nociception/nociception balance in sedated patients. The primary aim of our study was to evaluate the effectiveness of ANI in detecting pain in TBI patients. The secondary aim was to evaluate the impact of Norepinephrine use on ANI effectiveness, and to determine the correlation between ANI and BPS.

Methods : We performed a prospective observational study in 21 deeply sedated TBI patients. Exclusion criteria were non-sinus cardiac rhythm; presence of pacemaker; atropine or isoprenaline treatment; neuromuscular blocking agents and major cognitive impairment. Heart rate, blood pressure and ANI were continuously recorded using the Physiodoloris® device at rest (T1), during (T2) and after the end (T3) of the painful stimulus (tracheal suctioning).

Results : In total, 100 observations were scored. Patients' characteristics were resumed in Table 1. ANI was significantly lower at T2 (Median (min – max) 54.5 (22–100)) compared with T1 (90.5 (50–100), $p < 0.0001$) and T3 (82(36–100), $p < 0.0001$). Similar results were found in the subgroups of patients with (65 measurements) or without (35) Norepinephrine. During procedure, A negative linear relationship was observed between ANI and BPS ($r_2 = -0.469$, $p < 0.001$). At the threshold of 50, the sensitivity and specificity of ANI to detect patients with BPS ≥ 5 were 73% and 62%, respectively with a negative predictive value of 86%.

Discussion : Our results suggest that ANI is effective in detecting pain in ventilated sedated TBI patients, including those patients treated with Norepinephrine. In addition, significant correlation was found between ANI and BPS.

Table 1 : Baseline demographic and clinical characteristics

Age median (min-max)	34 (19-90)
Sex (male %)	17/21 (81%)
Weight (kg) mean \pm SD	75.67 \pm 9.26
Body surface (m2) mean \pm SD	1.91 \pm 0.14
IGSII median [IQR]	32 [28.5 – 8.5]
SOFA median [IQR]	9 [7 – 10]

Brain lesions n (%)	
EDH	4/21 (19.05%)
SDH	3/21 (14.28%)
SAH	2/21 (9.52%)
Contusion	8/21 (38.10%)
No lesions	4/21 (19.05%)
TBI localization area n (%)	
Frontal	5/17 (29.42%)
Temporal	2/17 (11.76%)
Parietal	1/17 (5.88%)
Fronto-temporal	7/17 (41.18%)
Parieto-temporal	1/17 (5.88%)
Occipital	1/17 (5.88%)
TBI severity n (%)	
Mild (GCS \leq 8)	8/21 (38.09%)
Moderate (GCS 9-12)	6/21 (28.58%)
Severe (GCS \geq 13)	7/21 (33.33%)
ISS score median (min-max)	25 (17-41)
RASS score median (min-max)	-5 (-5 - 0)
Sedatives Midazolam (IV infusion)	
Administration (%)	14/21 (67%)
Median dose (min -max) mg/kg/h	0.23 (0.13 - 0.34)
Analgesics	
Fentanyl (IV infusion)	
Administration (%)	13/21
Median dose (min -max) mg/kg/h	2.3 (1.25 - 3.4)
Remifentanyl (IV infusion)	
Administration (%)	8/21
Median dose (min -max) μ g/kg/h	4.65 (2.5 - 8.57)
Morphine SC Bolus (mg)	
Administration (%)	1/21
Median dose mg	20
Norepinephrine μ g/kg/min	
Administration (%)	14/21
Median [IQR]	0.26 [0.26 - 0.57]
Values are expressed as mean \pm standard deviation (SD); n (%) or Median [Interquartile range]; EDH : Extradural Haemorrhage; SDH : Subdural Haemorrhage; SAH Subarachnoid Haemorrhage	

F.Com 40. EVOLUTION DE LA CRP, PCT ET IL10 AU COURS DU SEPSIS ET CORRELATION AVEC LE SCORE D'EVALUATION DE L'INSUFFISANCE ORGANIQUE SEQUENTIELLE (SOFA)

AUTEURS : JIHEN AYACHI (2,3)*, MOUNA BEN AZAIZ (1,3), IHEB LABBENE (2,3), ZIED HAJJEJ (2,3), EZZEDINE GHAZOUANI (1), MUSTAPHA FERJANI (2,3).

¹-Service de réanimation polyvalente, Hôpital Militaire de Tunis

²-Laboratoire d'immunologie, Hôpital Militaire de Tunis

³-Laboratoire de recherche LR 12DNO1

Objectif : Étudier l'évolution de la CRP, PCT et IL10 au cours du sepsis et leur corrélation avec le score SOFA .

Patients et méthode : C'est une étude prospective, conduite dans le service de réanimation polyvalente de l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis sur une période de 12 mois. Deux prélèvements ont été faits pour chaque patient au moment de diagnostic du sepsis (H0) et (H24) et (H48) . Le dosage de l'IL10 a été réalisé par (Immulite 1000, Simens, USA). Le score SOFA a été calculé à H0 ; H24 et H48. La procalcitonine (PCT) et la protéine C réactive (CRP) ont été dosées à H0 ; H24 et H48. Nous avons utilisé le logiciel SPSS version 11.0. Il est considéré statistiquement significatif si $p < 0,05$.

Résultats : Nous avons colligé 31 patients dont 12 femmes et 19 hommes. On a trouvé une élévation dans le temps de l'IL10 et la PCT mais p était non significative : $P=0,32$ et $P= 0,09$ respectivement. On a noté une baisse de la CRP dans le temps mais p était non significative ($P=0,09$). Nous avons trouvé une corrélation à H24 entre le score SOFA et la CRP, PCT et IL10 ($P=0.012$, $P=0.008$, $P= 0.004$ Respectivement)

Conclusions : On a noté une corrélation à H24 entre le score SOFA et la CRP, PCT et IL10. L'IL10 peut être suggéré comme un nouveau bio-marqueur au cours du sepsis. Une étude plus large est nécessaire pour confirmer ces résultats.

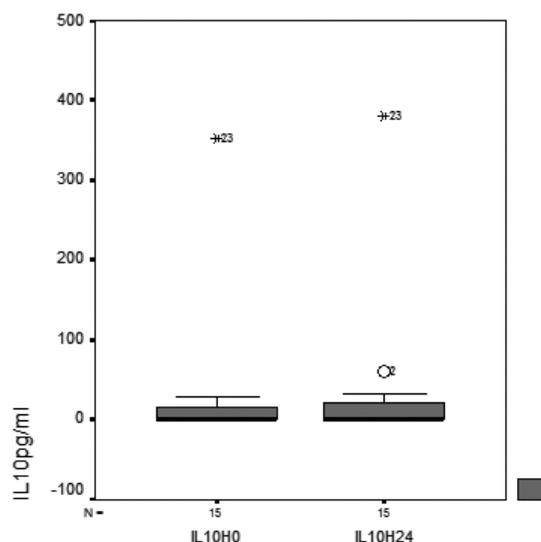


FIGURE : ÉVOLUTION DE L'IL10

F.Com 41. ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION CHEZ LE PERSONNEL DE RÉANIMATION ET SOINS INTENSIFS DE L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE MONASTIR

AUTEURS : ABDELWAHEB M GHIRBI, FAHMI DACHRAOUI; ALI ADHIEB; SABRINE NAKKAA; KMAR HRAIECH; ALI OUSJI; DHOUHA BEN BRAIEK; SAOUSEN BEN ABDALLAH; HAMMOUDA ZAINEB; ISLEM OUANES; LAMIA OUANES-BESBES; FEKRI ABROUG.

Service de Réanimation Polyvalente, C HU Fatouma Bourguiba, Monastir

Introduction : Les services de réanimations et soins intensifs représentent un endroit où les soignants sont confrontés à de nombreuses contraintes qui peuvent affecter leur santé physique et mentale en raison de l'utilisation de soins spécifiques et la forte charge émotionnelle liée à la mort des patients et à la souffrance de leurs familles. Le but de la présente étude était de dépister les troubles anxieux et / ou dépressifs chez le personnel exerçant dans ces unités.

Matériels et méthodes : En Septembre 2016, un questionnaire a été distribué au personnel (médical et paramédical) exerçant dans 5 services de réanimation et soins intensifs de l'hôpital universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, (un service de réanimation médicale, un service de réanimation chirurgicale, deux unités de soins intensifs cardiologiques (USIC) et une unité de soins intensifs néphrologiques (USIN)). Ce questionnaire comprenait des données démographiques des participants (âge, sexe, état matrimonial, ancienneté dans le service, antécédents psychiatriques, consommation d'anxiolytique et / ou d'antidépresseur) et le Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD : échelle composée de 14 items permettant de dépister l'anxiété (A) et / ou la dépression (D) au sein du personnel hospitalier)

Résultats : Au cours de la période d'étude, 106 participants ont rempli le questionnaire (participation=82%), 58% d'entre eux étaient de sexe féminin, l'âge médian était de 32 ans \pm 8,4. Quarante-neuf participants étaient des médecins. 12,3% des participants (tous des paramédicaux) travaillaient la nuit, l'ancienneté de plus d'un an a été retrouvée dans 59% des cas. 53,8% des participants interrogés étaient mariés et seulement 14,2% d'entre eux ont déclaré une consommation d'anxiolytiques et / ou d'antidépresseurs. 65,9% et 63,2% des participants ont présenté respectivement des symptômes suggérant l'anxiété et la dépression. La médiane du score HAD était de 19 (IQR = 8); Le personnel médical semble présenter significativement plus de symptômes d'anxiété et de dépression par rapport au personnel paramédical, mais le type du service (réanimation médicale / chirurgicale vsUSIC / USIN) ne semble pas être lié à l'apparition de symptômes d'anxiété ou de dépression (tableau 1).

Tableau 1 : Relation entre le type de l'unité, la fonction et l'apparition de symptômes d'anxiété ou de dépression

	Anxiété, n (%)	Dépression, n (%)
Réanimation médicale/chirurgicale USIC/USIN	36 (70%) 36(65,4%) p= 0,54	40 (78%) 37 (67,2%) p= 0,13
Personnel médical Personnel paramédical	47 (83,9%) 25 (51%) p=0,001	46 (82%) 20(41%) p<0,001

Conclusion : L'anxiété et la dépression sont des symptômes communs chez le personnel soignant des services de réanimation et soins intensifs. L'amélioration des conditions de travail dans ces unités devrait être un objectif pour éviter le syndrome de l'épuisement professionnel.

F.Com 42. SATISFACTION DES FAMILLES APRÈS LE SÉJOUR DE LEURS PROCHES EN RÉANIMATION

AUTEURS : ALI ADHIEB, FAHMI DACHRAOUI; ABDELWAHEB M GHIRBI, ALI OUSJI, DHOUHA BEN BRAIEK SABRINE NAKKAA; KMAR HRAIECH;; SAOUSEN BEN ABDALLAH; ZAINEB HAMMOUDA; ISLEM OUANES; LAMIA OUANES-BESBES; FEKRI ABROUG.

Service de Réanimation Polyvalente, CHU F.Bourguiba, Monastir

Introduction : Le séjour en réanimation génère chez les patients et leurs proches une prévalence majeure de symptômes d'anxiété et/ou de dépression, associés à de hauts niveaux de fatigue, des troubles de la concentration et du sommeil. L'état de stress aigu (résolutif en moins d'un mois) et l'état de stress post traumatique (ESPT) sont également des situations communes, surtout lorsque le proche est un époux ou chez les membres d'une famille endeuillée. L'objectif de notre étude était d'évaluer la satisfaction des familles après le séjour de leurs proches en réanimation.

Matériels et méthodes : Nous avons inclus tous les membres des familles dont les coordonnées téléphoniques étaient mentionnées sur les dossiers médicaux des patients hospitalisés en réanimation durant la période allant du 1^{er} mars 2016 au 20 septembre 2016. Nous avons recueillis les caractéristiques démographiques des patients (âge, sexe, SAPS III, comorbidités, recours à la ventilation mécanique, survenue d'infection nosocomiale et le devenir à terme de leur séjour dans le service) et des membres des familles interrogés (âge, sexe, lien de parenté, niveau d'instruction). Par le biais d'un entretien téléphonique les membres des familles ont répondu à un questionnaire (satisfait/ moyennement satisfait/ non satisfait) évaluant la qualité du séjour de leur proche en réanimation.

Résultats : Durant la période d'étude, 76 patients (46 de sexe masculin) ont été inclus (157 patients ont été hospitalisés dans le service pendant la même période). Les principales caractéristiques démographiques des patients étaient les suivantes : âge =66,5 ans (IQR=24) ; SAPS III=51(IQR=39), 73% d'entre eux en défaillance respiratoire, les durées médianes de ventilation (invasive et/ou non invasive) et de séjour en réanimation étaient respectivement de 9,5j (IQR=12,2) et 10j (IQR=13). 19,4% des patients sont décédés en réanimation. 76 membres de familles ont accepté de participer à l'enquête, 45 d'entre eux étaient de sexe masculin, ils avaient un âge médian de 43ans (IQR=12,5), la moitié (51%) d'entre eux étaient les enfants des patients. Les personnes interrogées étaient satisfaites de la salle d'attente et de la durée des visites (fixée à 1heure) respectivement dans 47,4% et 32,9. Les parents étaient satisfaites des horaires de visite (entre 13h et 14h) dans 80,3% et du nombre de visiteurs autorisés (2 par patient) que dans 22,4%. Près de 97% et 71% des membres de familles interrogées étaient satisfaits du « respect de l'intimité » et de l'hygiène de leurs proches. La communication avec les médecins, jeunes médecins et infirmiers était satisfaisante respectivement dans 34,2%, 84,2% et 19,7%. Les informations téléphoniques communiquées aux familles n'ont été satisfaisantes que pour 22,4% des familles.

Conclusion : Après le séjour de leurs proches en réanimation, les membres de familles restent insatisfaits des modalités des visites dans le service et de la communication avec les médecins et le cadre paramédical.

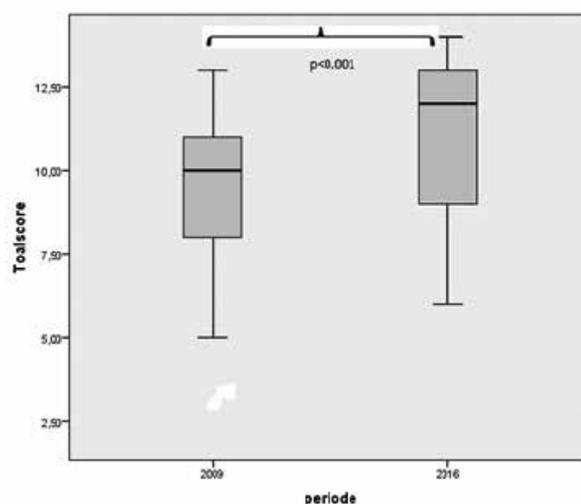


FIG. 1 : COMPARISON OF CCFNT SCORES BETWEEN 2009 AND 2016

E.POSTERS

Planning E.Posters

DATE	HORAIRE	BORNE	N° POSTER	THEME	Modérateurs
2 décembre	08:30	A	P 076-P 096	Neurologie	Mohamed FEKIH HASSEN, Foued DALY
		B	P 097-P 114	Toxicologie	Samia AYED, Ines SEDGHIANI
		C	P 001-P 016 P 148-P 157	Hémodynamique Autres	Islem OUANES, Habiba SIK ALI
3 décembre	08:30	A	P 017-P 034	Infectieux 1	Fahmi DACHRAOUI, Rabia ATIG
		B	P 035-P 051	Infectieux 2	Mabrouk BAHLOUL, Aymen MRAD
		C	P 052-P 075	Respiratoire	Mohamed FEKIH HASSEN, Salah SNOUDA
	14:00	A	P 115-P 129	Scoring et Procédure	Nadia KOURAICHI, Jihene GUISSOUMA
		B	P 130-P 140	Nephro/Métabolique	Samia AYED, Hatem GHADHOUNE
		C	P 141-P 147	Complications Iatrogènes	Rania ALLALA, Ahmed KHEDHER

Thème hémodynamique

P 001. MONITORAGE INVASIF EN RÉANIMATION : INTERET DIAGNOSTIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET PRONOSTIQUE

AUTEURS : A. TRIFI, M. FATNASSI*, H. H. DOGHRI, F. DALY, R. NASRI, S.ABDELLATIF, S. BEN LAKHAL.

Service de Réanimation Médicale. CHU La Rabta

Introduction : Le monitoring hémodynamique est une nécessité incontestable dans la gestion diagnostique et thérapeutique des patients en état critique. Le cathétérisme de l'artère pulmonaire (CAP) constitue depuis 1970 la technique référence des moyens de monitoring recommandés vu la diversité et la pertinence des indices fournis. La technique Pulse contour cardiac output (PiCCO) représente une alternative intéressante au CAP. Toutefois leur caractère invasif et la délicatesse dans le recueil et l'interprétation des données ont fait que le rapport bénéfices/risques de ces techniques devient à être préoccupant.

Les objectifs de notre travail étaient d'évaluer l'utilité diagnostique, thérapeutique et pronostique du monitoring invasif par CAP et PiCCO par rapport aux outils usuels non ou moins invasifs.

Méthodes : étude rétrospective évaluative comparant deux bras de patients de réanimation avec monitoring hémodynamique invasif versus non invasif. Étaient inclus, les patients hospitalisés en réanimation qui présentaient des défaillances hémodynamiques et/ou respiratoires et dont leur prise en charge a nécessité le recours à une exploration hémodynamique. Les critères d'exclusion étaient l'âge inférieur à 18 ans et le manque de data sur le dossier. L'utilité diagnostique a été jugée sur la cohérence et la qualité de l'interprétation des données. L'utilité thérapeutique a été jugée sur les modifications thérapeutiques la réponse favorable suite à ces ajustements thérapeutiques au cours des 1^{ères} 24 heures du monitoring. L'évaluation pronostique a été jugée sur la durée de ventilation, durée de séjour et mortalité.

Résultats : 131 cas de monitoring hémodynamique étaient inclus (CAP/PiCCO : n=71 et moyens usuels : n=60). La supériorité du monitoring invasif était objectivé avec la cohérence d'interprétation des indices recueillis (91.5% vs 78.4%, p=0.044) et les modifications thérapeutiques déduites par l'interprétation (83% vs 66.7%, p=0.041). Pas de bénéfice retrouvé quant à l'amélioration clinique suite aux modifications guidés par le monitoring [(50% vs 57%, p=0.72) et (31% vs 47%, p=0.074) pour les réponses hémodynamique et respiratoire respectivement. Les durées de ventilation et de séjour ne différaient pas avec celles du groupe standard. Une surmortalité a été objectivé avec l'âge >50 ans (OR=1.54, IC 95% [1.05-2.27], p=0.02) et un score IGS II >35 (OR=1.8, IC 95% [1.09-3.35], p=0.049).

Conclusion : l'apport diagnostique et les modifications thérapeutiques guidées par le monitoring étaient significativement en faveur des techniques CAP/PiCCO. Aucun bénéfice sur l'efficacité hémodynamique et respiratoire suite à ces modifications avec une surmortalité proche de la signification. Les techniques invasives gardent leur intérêt dans les situations complexes lorsque la contribution des moyens non invasives, notamment l'échocardiographie, est insuffisante.

P 002. EVALUATION DE LA THROMBOLYSE PAR METALYSE EN PRE-HOSPITALIER DU SYNDROME CORONARIEN AIGU ST+ (SCA ST+) : EXPERIENCE DU SMUR DE NABEUL

AUTEURS : B KAHLA N*, NAFFETI E, SKOURI I, KHELIL A.

Service des Urgences-SMUR Hôpital Universtaire Maamouri Nabeul Tunis.

Introduction : Le SCA ST+ est l'une des principales causes de mortalité dans le monde. Sa prise en charge thérapeutique est actuellement bien codifiée afin d'optimiser la revascularisation urgente de l'artère occluse. Cette stratégie laisse une grande place à la thrombolyse notamment pré-hospitalière. Le but de notre travail est d'évaluer l'expérience de l'équipe SMUR de Nabeul dans le domaine de la thrombolyse par Métalyse en pré-hospitalier du SCA ST+ et de déterminer les facteurs prédictifs de succès.

Patients et méthodes : Etude rétrospective incluant 61 patients présentant un SCA ST+, pris en charge par l'équipe SMUR de Nabeul et ne présentant pas une contre indication à la thrombolyse par Métalyse. Les données sont analysées au moyen de SPSS version 18.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 54,31±10.5 ans (extrême : 36 à 75 ans), avec prédominance masculine (93.44%). Les facteurs de risques sont essentiellement le tabac (72.13%), l'HTA (31.14%) et le diabète (18.03%). 73.77% de nos patients étaient classés Killip I. Les territoires les plus touchés sont l'inférieur (40.98%) et l'antérieur (29.5%). 42% de nos interventions étaient la nuit. La distance moyenne entre notre base et le lieu d'intervention était de 34,5±23 Km (extrême : 8 à 72 Km). Le délai moyen entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse était de 290±162 minutes (extrême : 65 min à 12 heures). Le taux de succès de la thrombolyse était de 70.49% et a atteint 88.89% lorsque celle-ci était réalisée dans un délai de moins de 6h. Les facteurs prédictifs de succès de la thrombolyse en analyse univariée étaient : un âge inférieur à 55 ans (p<0,001), un tabagisme actif (p<0,001), Killip I-II (p<0.001), un risque (TIMI score) faible (p<0,01), un délai entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse ≤6h (p<0,001) et une glycémie <11.1 mmol/l (p<0,001). En analyse multivariée, trois facteurs étaient individualisés : un âge ≤55 ans, un délai entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse ≤6h et une glycémie <11.1 mmol/l.

Conclusion : La thrombolyse par Métalyse en pré-hospitalier des SCA ST + a permis d'atteindre l'objectif de reperfusion coronaire dans plus que la moitié des cas. Le taux de reperfusion était inversement proportionnel au délai entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse. La sensibilisation des patients pour appeler le SAMU (190) en cas de douleur thoracique permettrait d'améliorer aussi bien la prise en charge que le pronostic du SCA ST+.

P 003. LES TROUBLES DU RYTHME SUPRA VENTRICULAIRES CHEZ LES PATIENTS EN CHOC SEPTIQUE

AUTEURS : WALID SELLAMI*, ZIED HAJJEJ, WALID SAMOUD, RADHOUENE BOUSSELMY, KAISSE SASSI, MOHAMED AMINE SAIDI, IHEB LABBENE, MUSTAPHA FERJANI.

Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire de Tunis

Introduction : Les troubles du rythme supraventriculaires (TRSV) sont fréquents en réanimation. Leur incidence semble plus élevée chez les malades en choc septique. La dysfonction myocardique liée au sepsis pourrait favoriser la survenue de TRSV, d'une part, en constituant un substrat arythmogène, d'autre part, en nécessitant un recours aux inotropes. Le but de ce travail est d'évaluer l'incidence et le pronostic des TRSV chez les malades en choc septique.

Patients et Méthodes : Etude retrospective incluant les patients en choc septique hospitalisés en réanimation. Ont été exclus les patients en post opératoire de chirurgie cardiaque et ceux en fibrillation atriale permanente. La dysfonction myocardique du sepsis a été évaluée à l'aide d'une échocardiographie réalisée après correction de l'hypovolémie et de la vasoplégie initiale par le remplissage vasculaire et l'introduction de vasopresseurs. Durant la période de l'étude, la survenue de TRSV a été dépistée quotidiennement par relecture du monitoring scopique continu. La tolérance des TRSV a été évaluée par l'analyse des modifications hémodynamiques (variations de pression artérielle moyenne et de dose de catécholamines). La mortalité hospitalière, la durée de ventilation mécanique et de catécholamines ont été recueillies.

Résultats : 60 patients ont été inclus dans l'étude. Les TRSV sont survenus chez 28 patients (incidence 46%). Le délai médian de survenue était de deux jours. 15 patients ont reçu un traitement de cardioversion ayant été efficace dans 80% des cas. Les caractéristiques cliniques et biologiques n'étaient pas différentes entre les deux groupes avec TRSV et celui sans TRSV : SAPS 2, SOFA score au début du choc septique, l'existence d'un SDRA et les biomarqueurs cardiaques (NT-ProBNP, troponine). En revanche, l'insuffisance rénale et l'usage d'HSHC au cours du choc septique étaient plus fréquents dans le groupe avec TRSV. La dysfonction myocardique du sepsis définie par une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) inférieure à 45% (ou la nécessité de recourir aux inotropes pour obtenir une FEVG >45%) n'était pas non plus associée à la survenue de TRSV (G TRSV+ : n=8; G TRSV- : n=6; p : 0.57). La tolérance des TRSV était médiocre, comme en témoignait une baisse significative de la PAM et une augmentation significative des doses de noradrénaline dans l'heure suivant le début des TRSV. La survenue de TRSV était associée à une durée plus longue de recours aux catécholamines et à une durée plus longue de séjour en réanimation (G TRSV : 21j, G TRSV- : 14j; p= 0.03). Il n'y avait pas de différence de durée de la ventilation mécanique ou de la mortalité hospitalière entre les groupes.

Conclusion : la survenue de TRSV est fréquente au cours du choc septique, mal tolérée sur le plan hémodynamique, et associée à une durée de séjour en réanimation et une durée plus longue de recours aux catécholamines. La dysfonction myocardique du sepsis ne semble pas associée à la survenue de TRSV.

P 004. UNE TAMPONNADE CARDIAQUE REVELATRICE D'UN LYMPHOME CHEZ UNE ADOLESCENTE

AUTEURS : HABACHA S1*, CHERIF Y(1), MBAREK K(2), MROUKI M(1), MAMA M(1), BEN DAHMEN F(1), ABDALLAH M(1).

1) Service de Médecine Interne, hôpital régional de Ben Arous- Yesminet

2) Service des consultations externes, hôpital régional de Ben Arous- Yesminet

Introduction : L'épanchement péricardique au cours des hémopathies malignes notamment au cours des lymphomes non Hodgkiniens (LNH) est rare et est rarement symptomatique. Il peut apparaître au cours de l'évolution de la maladie et peut même être récidivant. Il pourrait évoluer vers une tamponnade qui serait la première manifestation de l'hémopathie.

Patients et Méthodes : Nous rapportons un cas de tamponnade révélant un lymphome.

Observation : Une patiente âgée de 15 ans, sans antécédents pathologiques notables, a consulté pour aggravation progressive d'une dyspnée évoluant depuis quelques semaines, associée à des douleurs rétro-sternales. L'examen a montré une fréquence respiratoire à 28 c/min, un syndrome d'épanchement pleural droit, un pouls à 100 bpm, une pression artérielle à 100/50 mmHg, des signes d'insuffisance cardiaque droite. Les aires ganglionnaires étaient libres, le reste de l'examen était sans particularités. Le bilan biologique a objectivé une anémie normochrome normocytaire à 10,4 g/dL, une hyperleucocytose à 14300 éléments/mm³ sans élévation de la CRP, les plaquettes et l'hémostase étaient sans anomalies. La radiographie du thorax a montré un élargissement du médiastin et un épanchement pleural bilatéral. L'électrocardiogramme a objectivé un microvoltage et des troubles de la repolarisation diffus. Une tomographie thoraco-abdominale a révélé des adénopathies de la chaîne cervicale profonde gauche, paratrachéales bilatérales, médiastinales antérieures bilatérales hétérogènes à centre hypoéchogène, hilaires bilatérales, sus et sous carinaires, un épanchement péricardique de moyenne abondance, un épanchement pleural bilatéral plus important à droite. Au retour du service de radiologie, la patiente a présenté une hypotension à 80/50 mmHg, le diagnostic de tamponnade cardiaque a été retenu, la patiente a eu un remplissage prudent de 500 mL

de sérum physiologique et a été acheminée en urgence pour une mini-thoracotomie avec une péricardotomie qui a ramené 600 ml de liquide séro-hématique. L'examen anatomopathologique de biopsies médiastinales a révélé un lymphome à grandes cellules B. La patiente a été traitée par chimiothérapie et l'évolution était favorable. Le recul est de 6 mois.

Conclusion : Les localisations habituelles du LNH sont ganglionnaires, cutanées, neurologiques ou bronchopulmonaires. L'atteinte cardiaque est rarement décrite et est souvent méconnue, l'évolution vers la tamponnade est exceptionnelle mais bien évidemment elle met en jeu le pronostic vital immédiat. Une prise en charge précoce pourrait améliorer le pronostic.

P 005. PULMONARY EMBOLISM IN TRAUMATIC BRAIN INJURY : INCIDENCE AND PREDICTIVE FACTORS PROGNOSIS

AUTEURS : O.TURKI, R.ALLELA, M.KAMMOUN*, K.CHTARA, M.BAHLLOUL, C.BEN HMIDA, H.CHELLY, M.BOUAZIZ.

Réanimation polyvalente CHU HABIB BOURGUIBA. Sfax

Introduction : Pulmonary embolism (PE) is a major complication observed in polytrauma patients. Our objective is to determine the incidence, clinical manifestations, and the predictive factors of patients with post-traumatic pulmonary embolism admitted in the intensive care unit (ICU).

Patients and methods : It was a retrospective study during 4 years (January 2009 to December 2012) included 694 patients with traumatic brain injury due to traffic accidents. During the study period, all trauma brain injury patients admitted to our ICU were classified into two groups. The first group included all patients with confirmed PE; the second group included patients without clinical manifestations of PE. The diagnosis of PE was confirmed either by a high-probability ventilation/perfusion (V/Q) scan or by a spiral computed tomography (CT) scan showing one or more filling defects in the pulmonary artery or its branches.

Results : During the study period, 694 traumatic brain injury patients were admitted in our ICU. The diagnosis of PE was confirmed in 76 patients (10.9%). The mean delay of development of PE was 8.3 days. On the day of PE diagnosis, the clinical examination showed that 14 patients (18.4%) were hypotensive, 41 (53.9%) had systemic inflammatory response syndrome (SIRS), Five (6.5%) had clinical manifestations of deep venous thrombosis (DVT), and 69 (90.7%) had respiratory distress requiring mechanical ventilation. The mean ICU stay was 21.6 days and the mean hospital stay was 31.7 days. The mortality rate in the ICU was 32.9%. Comparison between patients with and without PE showed that the predictive factors of PE were : Age > 40 years, a SAPS II score > 25, hypoxemia with $PaO_2/FiO_2 < 200$ mmHg and the presence of shock.

Conclusion : Pulmonary embolism is a thromboembolic event that can be life-threatening head injury patients needing intensive care. Predictive factors of PE are : Age > 40 years, a SAPS II score > 25, hypoxemia with $PaO_2/FiO_2 < 200$ and the presence of shock.

P 006. INTERET DE L ECHOGUIDAGE DANS LA POSE DES CATHETERS PROFONDS FEMORAUX ARTERIELS ET VEINEUX EN URGENCE

AUTEURS : WALID SELLAMI*, ZIED HAJJEJ, WALID SAMOUD, MARIEM BOUSSELMI, ICHRAF ARDHAOU, RADHOUENE BOUSSELMI, IMEN TRIMECHE, KAISER SASSI, IHEB LABBENE, MUSTAPHA FERJANI.

Département d anesthésie réanimation Hôpital militaire de Tunis

Introduction : La pose de cathéters profonds veineux et artériels par voie fémorale en utilisant le repérage anatomique peut être grevée d un taux d échec non négligeable. L utilisation de l échoguidage pourrait diminuer le taux d échec.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle monocentrique prospective randomisée qui compare deux groupes de patients inclus respectivement. Le premier groupe concernait la pose des cathéters fémoraux selon des repères anatomiques, le deuxième groupe comportait la pose de ces cathéters en utilisant l échoguidage. Le critère de jugement principal était le taux d échec; défini par l absence d une ligne artérielle et d une ligne veineuse fonctionnelles avant 15 min mais aussi le retour à la technique alternative de pose, le changement de coté, le changement d opérateur, le changement de site et un arrêt de la procédure avant le succès. Les critères de jugement secondaires étaient les différents temps de pose, le taux de complications.

Résultats : Nous avons inclus 42 dans le groupe repère anatomique et 41 dans le groupe échoguidage. Le taux d échec était de 11.9% (5/42) dans le groupe repère anatomique contre 9.7% (4/41) dans le groupe échoguidage (RR=1.1, IC 95% : 0.54-2.45) sans différence statistiquement significative ($p=0.34$). Le nombre de complications était de 6 dans le groupe repère anatomique soit 13.9% contre 5 dans le groupe échoguidage soit 12.1% (RR=1.2, IC 95%; 0.58-2.71). La différence entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative ($p=0.42$). Toutes les complications relevées sont des hématomes au site d'insertion des cathéters.

Conclusion : Notre étude n a pas démontré que le recours systématique à l'utilisation de l'échoguidage dans la pose des cathéters profonds fémoraux artériels et veineux en situation d'urgence vitale permettait une diminution du taux d'échec.

P 007. HYPERTENSION ARTERIELLE PULMONAIRE ET DREPANOCYTOSE : A PROPOS DE DEUX CAS

AUTEURS : A. JAMOUSI, T. KHZOURI*, T. MERHEBENE, H. NÉJI, S. AYED, J. BEN KHELIL, M. BESBES.

Hôpital Abderrahmen Mami de l'Ariana, Services de réanimation médicale et d'imagerie médicale

Introduction : La drépanocytose (DPC) est une maladie génétique chronique d'allure systémique. Les complications pulmonaires dont l'hypertension pulmonaire (HTP) sont fréquentes et graves (3,4). L'HTP au cours de la DPC se distingue par une mortalité anormalement élevée (20 % à 2 ans) malgré des niveaux de pressions et de résistances pulmonaires beaucoup plus bas. Cette entité mérite de ce fait d'être étudiée et dépistée précocement. C'est dans ce cadre que nous rapportons deux observations.

Observations : 1^{er} cas : Mr A.A. Âgé de 34 ans, drépanocytaire avec dyspnée stade III, a été admis en réanimation à deux reprises pour crise vaso-occlusive (CVO) déclenchée par l'infection. Une ETT faite au cours des deux hospitalisations a trouvé un cœur pulmonaire aigu avec une PAPs à 65 mm Hg dont l'origine embolique a été éliminée par un angio-scanner thoracique. L'enquête étiologique de l'HTP a éliminé toute cause autre que la drépanocytose. Après retour à l'état de base, un cathétérisme cardiaque droit a été fait confirmant le diagnostic d'HTP (S=54 mmHg 4 /D=17 mmHg /M=27 mmHg) précapillaire (PAPO = 5 mmHg) et des résistances artérielles pulmonaires indexées élevées (IRAP) à 5,45 Unités Wood. Le test de réversibilité au monoxyde d'azote était négatif jusqu'à 20 PPM. Le patient a été mis sous oxygénothérapie de longue durée et anti vitamine K. Un traitement spécifique de l'HTP à base de tadalafil* est prévu.

2^{ème} cas : Melle S.G. Âgée de 26 ans drépanocytaire, admise pour CVO avec une insuffisance respiratoire aigüe dans un contexte fébrile et des images alvéolo-interstitielles bilatérales, des troubles de la repolarisation à l'ECG et des troponines positives. L'ETT a mis en évidence une fonction VG systolique conservée, des pressions de remplissage élevées (E/E'=14) des cavités droites dilatées, un cœur pulmonaire aigu avec une HTAP à 45 mm Hg et une dysfonction systolique du VD. Une angio-TDM thoracique a éliminé l'EP et a retrouvé des signes d'HTP. Le diagnostic d'OAP a ainsi été retenu et la patiente a été mise sous CPAP et de faibles doses de diurétiques, toutefois mal tolérées. La myocardite infectieuse a été fortement suspectée mais éliminée par une IRM cardiaque qui a montré une dysfonction VD sévère avec fraction d'éjection du ventricule droit (FE VD) à 9 %. L'évolution a été spontanément favorable, une IRM cardiaque à J11 a montré une nette diminution du volume des cavités cardiaques droites avec amélioration de la FE VD à 34 %. Un cathétérisme cardiaque droit fait à distance a trouvé une PAP et une PAPO normales.

Conclusions : L'HTP au cours de la DPC se distingue par un polymorphisme clinique et physiopathologique ; elle peut être chronique (cas n° 1) ou aiguë et spontanément réversible accompagnant une CVO (cas n° 2). Elle peut se compliquer d'une dysfonction diastolique (OAP), ce qui explique la mal tolérance aux diurétiques. Ceci renforce la notion de réalisation du cathétérisme droit à distance de toute décompensation chez le drépanocytaire. Cette complication constitue un marqueur pronostique de la DPC et mérite donc une connaissance approfondie du profil hémodynamique et des options thérapeutiques.

P 008. SYNDROME CORONAIRE AIGU SECONDAIRE A UNE DISSECTION SPONTANEE DE L'ARTERE INTERVENTRICULAIRE POSTERIEURE : A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : HAJJAM N*, AMIRA F, MEZGHANNI M, GUETARI Y, OURTANI MW, IDRIS F, JOUINI S, HAMMOUDA C.

Service des urgences hôpital charles nicolle tunis tunisie

Introduction : la dissection spontanée des artères coronaires est une pathologie rare (0,1% à 2% des séries angiographiques). Elle est responsable de 4% des syndromes coronariens aigus (1). Elle touche essentiellement la femme jeune, en péripartum, sans facteurs de risque cardiovasculaires. Elle se manifeste par un syndrome coronaire aigu avec ou sans sus décalage du segment st.

Observation : nous rapportons l'observation d'une femme âgée de 44 ans sans antécédents pathologiques, non tabagique, sous oestroprogestatifs, qui a consulté les urgences pour des douleurs thoraciques rétrosternales à type de brûlures sans irradiation particulières. Ces douleurs étaient paroxystiques apparues depuis une semaine. A l'examen, patiente algique, eva : 60 mm, apyrétique, ta : 130/80 mmhg, fc : 127 bpm. L'auscultation cardiopulmonaire était sans anomalies. A l'ecg : tachycardie sinusale à 124 bpm avec un sus décalage du segment st en latéral haut. A la biologie : créatinine : 65 µmol/l, crp : 6 mg/l, troponines hypersensibles : 87,9 ng/l contrôlées à 57,7 ng/l à h3 (vn < 34 ng/l). Le diagnostic de syndrome coronarien aigu sans sus décalage du segment st a été retenu et la patiente a reçu un traitement antiagrégant plaquettaire (acide acétyl salicylique, clopidogrel) associé à un traitement anticoagulant (enoxaparine). La coronarographie a conclu à une dissection spontanée du segment proximal et moyen de l'artère interventriculaire postérieure. La patiente était mise sous traitement médical.

Discussion : la dissection spontanée des artères coronaires est une entité rare et sous estimée, associée à la grossesse dans la majorité des cas. Elle peut être secondaire à une dysplasie fibromusculaire, un traumatisme thoracique ou un exercice physique intense. Le diagnostic est aidé par des critères angiographiques et l'imagerie endocoronaire en cas de doute. En l'absence de consensus, le traitement de première intention est conservateur. Le recours à la revascularisation par pontage aorto-coronaire ou à l'angioplastie transluminale, dépend de la présentation clinique et angiographique ainsi que la réponse au traitement médical. Les patients doivent être suivis régulièrement et au long cours.

1- mortensen kh, thuesen I, kristensen ib, christiansen eh. Spontaneous coronary artery dissection : a western denmark heart registr study. Catheter cardiovasc interv. 2009 nov 1; 74 (5) :710-717.

P 009. L'APPORT DES TROPONINES HYPERSENSIBLES ET DE L'H-FABP DANS LE SYNDROME CORONARIEN AIGU AUX URGENCES

AUTEURS : BOUBAKER R*, MGHIRBI A, BACCOUCHE R, KHALIL MH, ZAOUCHE K, MAGHRAOUI H, MOUDHAFAER M, MAJED K.

Service des urgences LA RABTA

Introduction : Le syndrome coronarien sans sus décalage du segment ST (NSTMI) est une pathologie fréquente aux urgences dont la stratification de risque pourrait bénéficier de l'apport des marqueurs biologiques tel que les troponines hypersensibles et le heart fatty acid binding protein. Objectif : Analyser l'habilité des troponines hypersensibles en combinaison avec le dosage de la Heart Fatty Acid Binding Protein (h-FABP) à prédire la survenue d'événement cardiovasculaire majeur à six semaines.

Patients et méthodes : Etude prospective, analytique et observationnelle sur une période de trois mois du 1^{er} février au 30 avril 2016. On a inclus les malades âgés de plus de 18 ans ayant une forte suspicion clinique d'un syndrome coronarien. Le dosage de la h-FABP a été fait avec le premier dosage des troponines hypersensibles. Les critères de jugement étaient la survenue d'un événement cardiovasculaire (MACE) ou d'une insuffisance cardiaque à six semaines.

Résultats : Nous avons colligé 50 patients, l'âge moyen était de 66 ans [49-91] et le sex ratio était de 1,94. Les antécédents étaient dominés par l'hypertension artérielle, l'insuffisance coronaire et le diabète avec respectivement 68%, 54% et 46%. Le motif de consultation le plus fréquent était la douleur thoracique (66%) suivie des épigastralgies (14%) et de dyspnée (12%). La douleur était angineuse typique chez 74% des patients, évoluant depuis plus de 6 h dans 66% des cas. L'ECG a montré des troubles systématisés de la repolarisation dans un ou plusieurs territoires dans 54% des cas. Il était strictement normal dans 20% des cas. Les troponines hypersensibles étaient supérieures à la valeur normale considérée par notre laboratoire (trop+) chez 13 patients (26%). Onze malades ont développé un MACE à six semaines versus 8 qui avaient des troponines négatives (trop-) avec $p=0,0001$. La h-FABP était positive ($\geq 6 \mu\text{g/l}$) chez 24 malades (48%) dont 14 avaient des trop-. Dix-sept patients (34%) ont présenté un MACE versus 2 patients avec une h-FABP négative ($p=0,0001$). L'étude comparative entre les troponines hypersensibles et la h-FABP a montré une tendance à la significativité ($p=0,052$).

Conclusion : L'h-FABP pourrait être plus apte que les troponines hypersensibles à prédire la survenue d'un événement cardiovasculaire majeur.

P 010. DIFFICULTE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ETAT DE CHOC CHEZ LE PATIENT PRESENTANT UN DIABETE INSIPIDE : A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : MRAD A, MEJRI O*, ESSAFI F, BARGHOUTH M, BEN JAZIA A, BEN ABDERRAHIM A, BLEL Y, BRAHMI N.

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

Introduction : La prise en charge des patients en état de choc septique peut s'avérer difficile chez les patients présentant un diabète insipide surtout néphrogénique. Nous rapportons l'observation d'un patient en choc septique aggravé par un diabète insipide néphrogénique induit par les sels de lithium.

Observation : Patient SB âgé de 55 ans, aux antécédents de troubles bipolaires depuis 18 ans, hospitalisé en réanimation pour surdosage en sels de lithium et en neuroleptiques compliqué de coma, pneumopathie d'inhalation aiguë nécessitant l'intubation et le recours à la ventilation mécanique. Par ailleurs, le patient a présenté une insuffisance rénale aiguë.

A J2 d'hospitalisation, le patient a développé une hypernatrémie à 188 mmol/L associée à une polyurie et une déshydratation en rapport avec un diabète insipide néphrogénique secondaire à une tubulopathie induite par le Lithium non amélioré par des apports liquidiens hypotoniques allant jusqu'à 8000 ml/24h. A J4, installation d'une insuffisance circulatoire aiguë avec polyurie associée, ce qui a nécessité le renforcement du remplissage vasculaire (9000 ml/24h) et l'augmentation des besoins en noradrénaline et le recours à la desmopressine par voie nasale, mais sans aucune amélioration de l'état hémodynamique. L'évolution était défavorable, le patient est décédé dans un tableau de choc réfractaire à J7 d'hospitalisation.

Conclusion : Dans les situations d'insuffisance circulatoire aiguë, nécessitant une expansion volémique comme c'est le cas pour les états de choc distributifs et hypovolémiques, le diabète insipide, surtout néphrogénique, peut poser énormément de difficultés pour le clinicien dans la prise en charge thérapeutique.

P 011. SYNDROME DE TAKO-TSUBO CHEZ UNE FEMME CORONARIENNE

AUTEURS : BEN GHEZALA H*, SNOUDA S, KADDOUR M, BEN CHEIKH I.

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

Introduction : Le syndrome de Tako-Tsubo ou syndrome de ballonnisation apicale transitoire du ventricule gauche est une entité clinique mimant en tous points un syndrome coronaire aigu, mais remarquable par son excellent pronostic à court et moyen terme. Il survient suite à un stress physique ou psychique, et son diagnostic se fait par coronarographie gauche ou IRM cardiaque.

Observation : Nous rapportons un cas de syndrome de Tako-Tsubo particulier par sa survenue chez une femme diabétique coronarienne et sa récupération tardive (deux mois et demi). La présentation clinique est résumée à un syndrome douloureux thoracique d'apparition secondaire à un stress psychique (décès de son fils) avec un sus décalage du segment ST à l'ECG. Le taux des enzymes cardiaques (troponines) était faiblement positif. La coronarographie a objectivé des coronaires

athéromateuses et un aspect ventriculographique particulier a fait évoquer le diagnostic de syndrome de tako-tsubo. A travers cette observation et une revue de la littérature, les aspects cliniques, épidémiologiques, physiopathologiques et thérapeutiques de ce syndrome vont être discutés.

Conclusion : Le syndrome de Tako-Tsubo ou de ballonnisation apicale transitoire du ventricule gauche est lié à un bon pronostic à moyen et long terme même si des complications graves peuvent survenir. L'étiologie de ce syndrome est inconnue, mais il doit être intégré comme un diagnostic différentiel du syndrome coronaire aigu.

P 012. DRAINAGE PAR VOIE PERCUTANEE SOUS REPERAGE ECHOGRAPHIQUE DES EPANCHEMENTS PERICARDIQUES

AUTEURS : ELIDI INES*, BZEOUICH NASRI, BEN OTHMEN NADER, TANGOUR HEITHEM, NAJJAR AYMEN., KHARRAT KAMEL, BEN HLIMA NAJEH.
 CHU Ibn Jazzar de Kairouan - Service de cardiologie

Introduction : Un épanchement péricardique abondant ou rapidement constitué peut être mal toléré et se compliquer d'une tamponnade. Le traitement classique est le drainage chirurgical par voie sous-xiphoidienne. Objectif : Evaluer la faisabilité et l'efficacité du drainage péricardique percutané sous contrôle échographique.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 20 patients de 2011 à 2015. Le drainage était réalisé par ponction sous-xiphoidienne. L'épanchement devait mesurer au moins 15mm en échographie.

Résultats : Aucun décès directement lié à la procédure n'a été enregistré dans notre série. Le drainage péricardique percutané a permis de traiter 17 patients de façon complète et définitive. Un échec était observé chez 1 patient du fait d'une ponction blanche à cause d'un épanchement cloisonné. Une récurrence d'épanchement a été observée pour 2 patients nécessitant un deuxième drainage. La durée moyenne de drainage était de 3 jours.

Conclusion : Le drainage péricardique percutané est une option simple pour le traitement des épanchements péricardiques menaçant le pronostic vital. On peut la considérer comme la technique de première intention lorsqu'elle est réalisable et réserver le drainage chirurgical à ses échecs et complications.

P 013. RESULTATS PRELEMINAIRES SUR L'INTERET DE SULFATE DE MAGNESIUM DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA FIBRILLATION ATRIALE AUX URGENCES

AUTEURS : BOUBAKER R*, ZAOUCHE K, KHATTECH I, KHALIL MH, KALLEL MA, KILANI M, BOUALI C, MAGHRAOUI H, MAJED K.
 Service des urgences CHU La Rabta

Introduction : Le traitement de la fibrillation atriale rapide aux urgences s'intègre dans un processus de prise en charge globale. Nous avons supposé dans ce travail que le sulfate de magnésium pourrait avoir un rôle potentialisateur dans le ralentissement de la fréquence ventriculaire étant donné ses vertus anti arythmiques. Objectif : Evaluer l'efficacité du sulfate de magnésium comme molécule anti-arythmique adjuvante dans la prise en charge de la fibrillation atriale (FA) rapide aux urgences.

Patients et méthodes : Étude prospective, analytique, randomisée menée aux urgences comparant deux groupes de malades : un groupe (G1) a reçu 20 ml de sulfate de magnésium (SMg) et un groupe (G2) a reçu 20 ml de G5% sur 10 mn. La prise en charge de la FA a été faite selon les recommandations de la SFMU 2015.

Résultats : Vingt-huit malades ont été colligés, l'âge moyen était de 67±13 ans, ils étaient répartis en 18 hommes et 10 femmes. Vingt-neuf malades avaient au moins un facteur de risque cardiovasculaire. 19 malades étaient connus porteurs d'une FA et 2 malades avaient une valvuloplastie mitrale. Onze patients étaient sous un anti vitamine K et 16 patients avaient un anti-arythmique dans leur traitement : 8 malades étaient sous un bêtabloquant, 4 étaient sous cordarone, 2 sous digoxine et deux sous un inhibiteur calcique. Le motif de consultation le plus fréquent était des palpitations (14 patients) suivi par la dyspnée et les lipothymies (respectivement notées chez 8 et 7 patients). Dans le G1 (n=20), un ralentissement du rythme cardiaque était obtenu par la seule prise du SMg chez 15 patients et avec une dose de charge de 300 mg de cordarone chez 5 patients. Dans le G2 (n=8), le rythme était ralenti chez 6 patients, et sans recours à la dose de charge de cordarone chez 5 patients. Une cardioversion électrique était indiquée chez 2 patients pour contrôler le rythme cardiaque. Aucune complication ni décès n'avait été observé. La durée moyenne de passage aux urgences était de 12 h.

Conclusion : le sulfate de magnésium pourrait être utilisé comme molécule adjuvante pour ralentir la fréquence ventriculaire chez les malades ayant une fibrillation atriale rapide aux urgences.

P 014. DETECTION ET SUPPLEMENTATION DU DEFICIT EN FER AUX URGENCES CHEZ LES PATIENTS EN DECOMPENSATION CARDIAQUE AIGUE

AUTEURS : KALLEL MA*, ZAOUCHE K, KILANI M, BOUBAKER R, KHALIL H, MAGHRAOUI H, MAJED K.

Service des urgences CHU la Rabta

Introduction : L'insuffisance cardiaque aigue est une pathologie relativement fréquente aux urgences et pourrait être l'occasion de détecter le déficit en fer qui est actuellement considéré comme un des éléments expliquant l'aggravation de la maladie. La correction de ce déficit pourrait ainsi améliorer le pronostic de ces malades. Objectif : Evaluer l'intérêt de la détection de la carence en fer et de sa supplémentation par une charge IV aux urgences chez les patients en décompensation cardiaque aigue.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, analytique et randomisée se déroulant actuellement au service des urgences la Rabta incluant des patients de plus de 18 ans consultant pour décompensation cardiaque gauche ou globale chez qui un déficit absolu en fer est retrouvé (ferritinémie < 100 µg/ml).

Résultats : 14 patients ont été hospitalisés pour insuffisance cardiaque aigue durant la période d'étude (août et septembre 2016). L'âge moyen était de 66 ans [49-81], le sex ratio était de 1.3. Six patients sont étaient des insuffisants cardiaques chroniques connus. Huit patients ont présenté une insuffisance cardiaque de Novo. Le score de fatigue moyen était de 6, 14. Un déficit en fer absolu a été noté chez 10 patients, parmi eux quatre étaient anémiques. Sept patients parmi les 14 recrutés ont eu une échographie cardiaque durant leur hospitalisation. Cinq parmi eux avaient une FEVG altérée. Cinq patients ont bénéficié d'une charge de 200 mg de Venofer en IV, les autres patients ont été mis sortants sous traitement martial par voie orale. La durée moyenne de séjour était de 36 h. Deux patients parmi les quatorze ont reconsulté les urgences pour décompensation cardiaque aigue dans le mois suivant sa dernière hospitalisation (un malade avait reçu une charge iv durant la première hospitalisation). Aucune complication, ni décès n'ont été noté dans notre série jusqu'au moment de l'écriture de cet abstract.

Conclusion : Le déficit en fer semble être fréquent chez les patients en décompensation cardiaque aigue indépendamment de l'existence d'une anémie ce qui souligne l'intérêt de sa détection au cours du passage aux urgences

P 015. TYPE 2 MYOCARDIAL INFARCTION IN THE ICU : INCIDENCE, DESCRIPTIVE ANALYSIS AND OUTCOME.

AUTEURS : YAMINA HAMDAOUI⁽¹⁾, MAHMOUD CHEIKH-BOUHLEL⁽³⁾, AHMED KHEDHER⁽¹⁾, JIHENE AYACHI⁽¹⁾, KHAOULA MEDDEB⁽¹⁾, NESRINE SMA⁽¹⁾, NESRINE FRAJ⁽¹⁾, NARJESS BEN AICHA⁽¹⁾, SANA ROMDHANI⁽¹⁾, RANIA BOUNE⁽¹⁾, IMED CHOUCHE⁽¹⁾, MOHAMED BOUSSARSAR^(1,2).

¹/Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse.

²/Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse. Tunisia.

³/Cardiology Department, Faculty of Medicine. University of Sousse

Introduction : Myocardial infarction (MI) has known several sub-classifications through the time. A consensus statement classified MI by clinical scenario into various subtypes. Type 2 MI is now defined as myocardial injury with necrosis where a condition other than coronary artery disease contributes to an imbalance between myocardial oxygen supply and/or demand (1). Several mechanisms were identified to lead to this type of MI (2). These conditions are under-recognized in the critically-ill. Objectives : To appreciate the incidence of type 2 MI in medical ICU patients. To identify risk factors associated with type 2 MI.

Methods : A retrospective chart review of consecutive patients discharged from a medical ICU with the final diagnosis of primary or secondary diagnosis of type 2 MI. Chart abstractors were well trained residents. Two chart reviewers (senior intensivists) studied all the medical records. An explicit protocol was used to precise all needed definitions. Uniform handling of data was ensured especially for conflicting, missing or unknown data. Type 2 MI is defined as New, or presumed new, significant ST-segment-T wave (ST-T) changes or new left bundle branch block (LBBB) and/or development of pathological Q waves in the EKG associated to elevated level of cardiac troponin I (cTn I). Were assessed, past history, underlying condition, clinical presentation, diagnosis at ICU admission, episodes of deep tissue hypoxia, severity and organ failure, EKG abnormalities, cardiac biomarkers, need of mechanical ventilation and vasopressors, PaO₂/FIO₂ ratio, echocardiographic findings, coronary angiography, anti-ischemic therapy, anti-thrombotic therapy, anticoagulant therapy, reperfusion techniques and outcome.

Results : From January 2010 to December 2015, a total of 1809 patients were hospitalized in a 7-bed medical ICU. 62(3.4%) patients met the definition criteria of type 2 MI. Median (IQR) age was 50[15-85] years. 36(58%) were male and 5(8%) were obese, with diabetes mellitus in 8(13%) ; arterial hypertension, 18(29%) ; chronic heart failure, 8(13%) ; chronic respiratory failure, 25(41%). On ICU admission, 40(65%) had acute respiratory failure ; 26(42%), shock, 7(15%), near drowning and 3(5%) had carbon monoxide poisoning. Median (IQR) SAPS II was 42[6-78] ; PaO₂/FIO₂ ratio, 204[32-367] ; lactates level, 4.8[0.7-8.9] mmol/l ; pH, 7.15[6.80-7.51] and bicarbonates at 25[6-37] mmol/l. 55(89%) patients underwent echocardiography, 30(55%) had kinesis abnormalities. Median (IQR) cTn I level was 9[0-18] ng/ml. 13(21%) had a coronary angiography, 100% with no luminal irregularities. 49(78%) had invasive mechanical ventilation and received vasopressors. 20(31%) patients received anti-ischemic, anti-thrombotic and/or anticoagulant therapy. 3(4%) received fibrinolytic therapy. 34(55%) demonstrated complete regression of all abnormalities after the correction of respiratory and/or hemodynamic distresses. 30(48.4%) died.

Conclusions : Type 2 MI reveals rather common and frequently misdiagnosed in the specific spectrum of critically ill patients. This leads to management delay and errors. Patients are rather young, without underlying cardiovascular risk factors but they exhibit a myriad of clinical conditions in which the common factor is oxygen supply-demand mismatch. They have less cTn I levels but relatively high mortality related to the associated illness severity.

References :

- (1) Kristian Thygesen, Joseph S. Alpert, Allan S. Jaffe, Maarten L. Simoons, Bernard R. Chaitman and Harvey D. White : the Writing Group on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Third Universal Definition of Myocardial Infarction. 2012. Journal of the American College of Cardiology 2012; 16 :1581–98.
- (2) Lotte Saaby, Tina Svenstrup Poulsen, Susanne Hosbond, Torben Bjerregaard Larsen, Axel Cosmus Pyndt Diederichsen, Jesper Hallas, Kristian Thygesen, Hans Mickley. Classification of Myocardial Infarction : Frequency and Features of Type 2 Myocardial Infarction. The American Journal of Medicine 2013 ; 126 :789–797.

P 016. CARDIOMYOPATHIE DILATÉE DU PERIPARTUM : SYNDROME DE MEADOWS A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : CHOURA DONIES*, BEN ALI ZINELABDINE, AMMAR MORSI, ZOUCHE IMEN, ABID LEILA, KAMMOUN SAMIR, KAROU ABDELHAMID.

Service anesthésie réanimation CHU Habib bourguiba, Service de Cardiologie CHU Hedi Cheker

Introduction : La cardiomyopathie du péri partum est une cardiopathie congestive d'étiologie encore mal élucidée survenant chez les femmes au cours du dernier mois de grossesse ou les 5 premiers mois du post partum et dont l'incidence reste relativement faible.

Observation : On rapporte un cas d'une patiente âgée de 43 ans sans antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers a été adressée au service de cardiologie 3 semaines après accouchement par césarienne pour complément de prise en charge d'une insuffisance cardiaque sévère évoluant depuis 34 SA. L'examen clinique a trouvé une tachycardie à 120b/mn, un souffle systolique au foyer mitral avec des signes très marqués de congestion et une SaO₂ à l'air ambiant à 96 %. A l'ECG un RRS à 120 b/mn des ondes T négatives en apicolatéral. L'échocardiographie a permis de mettre en évidence une cardiomyopathie dilatée (OG à 44mm, DTD/DTS à 63/56) avec hypokinésie globale prédominante sur les bases, une akinésie septale avec une fraction d'éjection à 15 % une dysfonction du VD, TAPSE à 12, ITV sous Aortique à 9. Un débit cardiaque à 3,4 l/mn sous 5gamma/kg/mn de dobutamine et une hypertension artérielle pulmonaire à 60. Le BNP était à 1874. IRM cardiaque a trouvé une hypokinésie globale avec dilatation des cavités globale, un reflux mitral et tricuspide, une fonction VG à 12 % augmentation des volumes télédiastolique et télésystolique du VG avec baisse du volume d'éjection (34,6ml) épanchement péricardique de faible abondance et un épanchement pleural de faible à moyenne abondance. Le diagnostic de cardiomyopathie du péripartum a été retenu devant le mode de survenue et les données d'IRM cardiaque. Le traitement digitalodurétique a permis une amélioration clinique initiale et partielle de la patiente. L'évolution était marquée par la détérioration de la fonction cardiaque, une nécessité d'augmentation des doses des digitalodurétiques avec introduction de noradrénaline et de dopamine. La patiente est décédée au bout d'un mois d'hospitalisation dans un tableau de défaillance multiviscérale.

Conclusion et Discussion : Comme facteur de mauvais pronostic on a retenu chez cette patiente une FeVG très effondrée, un taux de BNP très élevée et l'échec de toute tentative de dégression des doses de cathécholamines ou des digitalodurétiques. L'ECMO aurait été une alternative intéressante pour passer le cap difficile chez cette patiente. En général et en dehors des facteurs de mauvais pronostic une femme sur deux récupère une bonne fonction ventriculaire gauche. Le risque de récurrence au cours des grossesses ultérieures reste élevé justifiant le suivi de ses patients.

Thème infectieux

P 017. TUBERCULOSE CUTANÉE COMPLIQUÉE D'UN ÉTAT DE CHOC SEPTIQUE

AUTEURS : HAJJAM N*, CHERIF M.A, MEZGHANNI M, GUETARI Y, EL HECHMI Y.Z, SEDGHIANI.I, JERBI Z.

Département Urgences Réanimation. Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

Introduction : le mycobacterium tuberculosis ou bacille de koch (bk) est réputé pour sa prédilection à atteindre plusieurs organes. La localisation cutanée de la maladie demeure une forme rare et représente seulement 2,1 % des localisations. Son diagnostic est difficile en raison du polymorphisme des tableaux anatomocliniques et de la multiplicité des diagnostics différentiels.

Observation : nous rapportons l'observation de Mme B.C âgée de 81 ans aux antécédents de bronchopneumopathie chronique obstructive en arrêt de traitement, hypertendue et insuffisante rénale chronique non hémodialysée à diurèse conservée, admise dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Habib Thameur Tunis au mois de janvier 2016 pour toux et expectorations purulentes avec fièvre non chiffrée évoluant depuis trois jours. A l'admission, la patiente présentait un état de choc avec hypotension artérielle à 69/41 et tachycardie à 110 battement par minute avec des extrémités chaudes, polypnéique avec à l'auscultation présence des râles sibilants expiratoires diffus et des râles crépitants au niveau de la base pulmonaire gauche, et fébrile à 38,5°C. L'examen cutané a objectivé la présence de trois lésions cutanées ulcérées à bords irréguliers centrées par un orifice laissant sourdre du pus au niveau de la face latérale du cou, du pli inguinal et en regard de l'omoplate. La biologie a révélé un syndrome inflammatoire biologique (hyperleucocytose à 32540 élè/mm³ et crp à 85 mg/l). La radiographie thoracique a objectivé une opacité alvéolaire basale gauche. La tomodensitométrie thoraco-abdominale a conclu à la présence de condensation pulmonaire basale gauche, de multiples adénomégalies lombo-aortiques, iliaques et inguinales gauches avec un aspect irrégulier des plateaux vertébraux de l4-l5 ainsi qu'un aspect tuméfié du disque l3-l4. L'étude histologique de la lésion cutanée cervicale a conclu à la présence d'un granulome épithélioïde et géantocellulaire centré par une nécrose caséuse en faveur de l'origine tuberculeuse. La conduite à tenir était de corriger l'état de choc septique par le remplissage puis l'introduction de la noradrénaline en plus de l'antibiothérapie à base de céfotaxime et lévofloxacine visant une porte d'entrée pulmonaire en attendant les résultats de la biopsie cutanée. Les lésions cutanées étaient traitées par la povidone iodée. L'évolution a été marquée par l'aggravation rapide de l'état hémodynamique et respiratoire nécessitant la ventilation mécanique puis par l'apparition d'un syndrome de défaillance multiviscérale. La patiente est décédée dans un tableau d'état de choc septique réfractaire avec défaillance multiviscérale.

Conclusion : la tuberculose cutanée est une forme clinique de tuberculose difficile à reconnaître et très probablement sous-estimée, du fait de la difficulté de la mise en évidence du bk et des nombreux diagnostics différentiels possibles. Pour cela, le diagnostic exact de la tuberculose cutanée doit être basé sur la conjonction d'éléments cliniques, histologiques, bactériologiques, immunologiques et biologiques.

P 018. LES INFECTIONS NOSOCOMIALES CHEZ LES BRÛLÉS EN RÉANIMATION

AUTEURS : A MOKLINE, A LAJJILI, H AMRI, I RAHMANI, L GHARSALLAH, N MENSI, S TLAILI, R HAMMOUDA, B GASRI, AA MESSADI.

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

Introduction : L'infection nosocomiale (IN) est une des principales causes de morbidité et de mortalité chez le brûlé en réanimation. Nous nous proposons à travers cette étude, d'établir l'incidence, le profil microbiologique des infections rencontrées dans notre service et le pronostic de ces patients

Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, sur une période de 06 mois. Ont été inclus dans l'étude tous les patients victimes de brûlure avec une surface brûlée > 10%, dont la durée d'hospitalisation est de plus de 48 heures et chez qui une infection documentée par un prélèvement bactériologique a été retenue. Les critères retenus d'infection nosocomiale étaient ceux du CDC d'Atlanta (Center for Disease Control and Prevention) d'Atlanta [1] et de la SFETB de 2006 [2].

Résultats : Durant la période d'études, 190 patients ont été hospitalisés dont 47 patients ont été retenus, soit une fréquence de 24,7% des admissions. L'âge moyen de nos était de 41 ± 19 ans avec un sex-ratio de 2,1. La surface cutanée brûlée moyenne était de 41 ± 24%. Il s'agissait d'un transfert secondaire dans 63% des cas. Les brûlures étaient en rapport avec un accident domestique dans 53% des cas et une immolation dans 25% des cas. 58 épisodes infectieux ont été recensés, ce qui représente en moyenne 1,2 épisode/patient. Les infections les plus fréquentes étaient : les bactériémies (36,2%), les PAVM (20,5%), les infections liées aux cathéters (10,3%), suivies des infections urinaires dans 10,3% des cas. Aucune documentation bactériologique n'a été relevée dans 22,5% des cas d'infections nosocomiales. Le délai moyen de survenu d'IN était de 4 jours post brûlure. Les germes les plus fréquemment isolés étaient les BGN avec une fréquence de 70,5% : Acinetobacter sp (31%); Pseudomonas aeruginosa (22,5%) et entérobactéries BLSE (17%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 16 ± 14 jours et la mortalité était de 50%.

Conclusion : L'infection nosocomiale chez le brûlé demeure fréquente (24,7%) et grave avec une mortalité plus élevée que la population générale (50% vs 15%).

Références :

- 1- Garner J.S, Jarvis W.R., Emori T.G., Horan T.C., Hugues J.M. CDC. Definitions for nosocomial infections. Am. J. Infect Control, 16 : 128-40, 1988.
- 2- Critères d'infection chez le brûlé. Société Française d'étude et de Traitement de brûlure (SFETB). 2006

P 019. LES INFECTIONS NOSOCOMIALES A ACINETOBACTER BAUMANNII : ETUDE DESCRIPTIVE ET PRONOSTIQUE

AUTEURS : T MERHABENE, E AYARI*, A JAMOSSI, S SELLAMI, J BEN KHELIL, M BESBES.

Service de réanimation respiratoire, hôpital. A. Mami Ariana.

Introduction : Nous assistons de nos jours à l'émergence de nouvelles classes d'infections liées aux soins secondaires à des bactéries multirésistantes qui ont acquis progressivement différents mécanismes de résistances. *Acinetobacter Baumannii* (*A. Baumannii*) est parmi les pathogènes les plus fréquemment isolés dans nos unités de réanimations. Le but de notre travail était d'étudier les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives des infections nosocomiales à *A. Baumannii*.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective avec une revue systématique de tous les dossiers de patients admis en réanimation entre Mars 2015 et Septembre 2016 et ayant développé une infection nosocomiale à *A. Baumannii*. Ont été relevés les données démographiques, cliniques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives.

Résultats : Durant la période de l'étude, 63 patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 62 ans avec un sex ratio de 2,5. Les moyennes des scores IGS II et APACHE II étaient respectivement de 41 et 23. Le motif principal d'admission était la détresse respiratoire dans 77,6% des cas. Des comorbidités étaient présentes chez 88,1% des malades. Le délai moyen de survenue de l'infection était de 9,9 jours. 53,7 % des patients ont reçu une antibiothérapie préalable à l'infection. La répartition des infections nosocomiales selon le site montre une prédominance des pneumopathies acquise sous ventilation mécanique (86,6%). 12% étaient compliquées par une bactériémie. En dehors des résistances naturelles, toutes les souches étaient sensibles à la colistine; 94% étaient résistantes à l'imipénème, 88,1% aux aminosides, 77,6% au cotrimoxazole, 52,2% à la rifampicine et 9% à la tigécycline. L'antibiothérapie empirique prescrite était une association de colistine et imipénème dans 68,7% des cas. Elle était révisée secondairement en fonction de l'antibiogramme. La moyenne de la durée de l'antibiothérapie était de 7,8 j. L'infection s'est compliquée d'un choc septique dans 52,2% des cas, un syndrome de défaillance multiviscérale dans 60% des cas et un SDRA dans 20%. La médiane de la durée de séjour en réanimation était de 25 jours. Le taux de mortalité était de 76,1%. En analyse multivariée, les antécédents cardiovasculaires ($p=0.001$) et une durée d'hospitalisation supérieure à 14j ($p=0.0001$) étaient des facteurs indépendants de surmortalité.

Conclusion : Au cours des infections nosocomiales, l'émergence des souches résistantes d'*A. Baumannii* 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.

P 020. SEVERE ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN A TUNISIAN ICU.

AUTEURS : ROMDHANI S*, BOUNE R, LOGHMARI D, BEN AICHA N, JIHENE AYACHI, KHAOULA MEDDEB, IMED CHOUCHE, AHMED KHEDHER, MOHAMED BOUSSARSAR.

Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse. Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse. Tunisia

Introduction : Severe acute respiratory syndrome (SARS) and H1N1 influenza infection (1) have activated an interest in the surveillance of patients with severe acute respiratory infections (SARI). Objective : To investigate the local epidemiology, patterns of infections, severity and outcome in patients admitted to the intensive care unit (ICU) as a result of severe acute respiratory infections (SARI).

Methods : This is a prospective observational study. All patients admitted to the ICU, from October 1st, 2015 to March 31st, 2016 were screened. We studied, demographic characteristics, underlying conditions, clinical presentation, therapeutic intervention and outcome. SARI was defined as an acute respiratory illness of recent onset (within 7 days) that includes fever ($\geq 38^\circ\text{C}$), cough, and dyspnea requiring overnight hospitalization (2).

Results : 33 patients were screened over the study period. Median (IQR) age was 68(18-87) years. 63.6% were male. Median (IQR) SAPS II, 26(13-64) and SOFA score, 5(2-9). 24(77.2%) had underlying diseases. The symptoms' onset occurred at a median (IQR) of 4(3-7) days before admission to the ICU. Chest X-ray displayed alveolar consolidation in 19(86.4%). On admission to the ICU, Gram-positive and Gram-negative bacteria were found in 5(15%) and 8(24%) of SARI patients but rarely atypical bacteria in 1(3%). Viruses were present in 6(18%) of the patients (influenza A-H1N1, 3; A-H3N2, 3). 22(66.6%) required invasive mechanical ventilation, 18(54.5%) vasopressors, 10(45.4%) corticosteroids, 21(63.6%) antimicrobial therapy and none was treated with antiviral agents. Organ failure occurred in 26 (80%) patients, (respiratory, 14 (53.9%); hemodynamic, 9(34.6%) and renal, 3(11.5%)). Median (IQR) length of stay was 6(1-30) days and duration of mechanical ventilation was 4(1-20) days. ICU mortality rates in patients with SARI were, overall, 18(54.4%); 7(45%) in severe and prolonged hypoxemia and 11 (54%) with refractory shock. Univariate analysis identified respiratory chronic failure and greater severity scores at ICU admission to be associated with an increased risk of ICU death.

Conclusion : Since the pandemic influenza A (H1N1) in 2009, the proportion of viral infections had decreased. Whatever, admission to the ICU for SARI remains associated with high morbidity and mortality rates.

P 021. MENINGOENCEPHALITES EN REANIMATION : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE

AUTEURS : T MERHABENE, M HASSOUNA, A JAMOSSI, A BEN SLIMENE, J BEN KHELIL, M BESBES.

Service de réanimation respiratoire, hôpital A. Mami. Ariana.

Introduction : Les méningoencéphalites infectieuses (MNE) graves de l'adulte constituent une urgence diagnostique et thérapeutique qui reste grevée d'une lourde mortalité malgré l'évolution acquise dans l'arsenal thérapeutique.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive ayant inclus tous les patients présentant une MNE et admis entre janvier 2008 et septembre 2016 dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Abderrahmane Mami. Le diagnostic de MNE a été retenu sur l'association de critères cliniques, microbiologiques et radiologiques. Les caractéristiques démographiques, cliniques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives ont été collectées et analysées.

Résultats : 35 patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 38 ans [8-76] avec une prédominance masculine. La moyenne du score IGSII était de 39 ± 14 . La moyenne du délai d'admission par rapport à l'installation des signes cliniques était de 50 ± 28 heures. 70% des patients avaient reçu une antibiothérapie antérieure à l'admission. Des comorbidités étaient observées dans un tiers des cas. Des facteurs de risque de méningite étaient présents chez 5 patients. A l'admission, une altération de l'état de conscience a été notée chez 95% des patients, une fièvre chez 70%, un syndrome méningé chez 37%, un état de choc chez 15% et une insuffisance respiratoire aiguë dans 42% des cas. A la ponction lombaire, une hypoglycorrhachie a été notée chez 31% des patients, une hyperprotéinorrhachie chez 90% et une hypercellularité chez 65%. L'identification des germes a été faite dans 22 cas soit par l'examen direct ou par PCR dans le liquide céphalorachidien. Il s'agissait du bacille de Koch (9 cas), Herpes simplex (5 cas), Streptococcus pneumoniae (5 cas) et Listeria monocytogenes (2 cas) ; 2 MNE étaient accompagnées de bactériémie. Une tomographie cérébrale a été pratiquée chez tous les patients alors qu'une imagerie par résonance magnétique n'a été réalisée que chez 68%. Le traitement antibiotique empirique était guidé par le contexte clinique et les données de la ponction lombaire. La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 15 ± 13 jours. Une corticothérapie a été initialement associée dans 84% des cas. La médiane de la durée d'hospitalisation en réanimation était de 16 jours [3-60]. Le séjour s'est compliqué d'un état de choc chez 13 patients, d'une infection nosocomiale chez 9 patients et de convulsions chez 5 patients. La mortalité observée était de 45%. En analyse multivariée, le facteur prédictif de mortalité était l'âge ≥ 36 ans ($p=0.034$). L'antibiothérapie précoce était un facteur protecteur.

Conclusion : Les méningoencéphalites sont associées à une morbi-mortalité élevée. L'amélioration du pronostic vital et fonctionnel passe par l'instauration précoce d'une antibiothérapie à visée méningée.

P 022. LES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN MILIEU DE REANIMATION CHIRURGICALE : ETUDE RETROSPECTIVE PORTANT SUR UNE PERIODE DE DEUX ANS

AUTEURS : CHOURA DONIES*, JAWEDI WAEL, AMMAR MORSI, TRIKI ZIED, KAROU ABDELHAMID.

Service d'anesthésie réanimation CHU Habib bourguiba Sfax

Introduction : L'infection nosocomiale constitue un problème de santé publique vu sa fréquence, son coût et sa gravité. L'objectif de cette étude était de décrire l'épidémiologie de l'infection nosocomiale : sites, germes et résistances aux antibiotiques.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, consécutive, portant sur la période allant du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2015, réalisée au sein du service de réanimation chirurgicale du centre hospitalo-universitaire de Sfax. Quatre sites étaient pris en compte : pulmonaire, urinaire, cutanée et sanguin.

Résultats : Dans cette étude 109 épisodes d'infections nosocomiales ont été identifiés chez 54 malades sur un total de 711 patients admis au service de réanimation chirurgicale, soit une incidence de 15,33 %. Nous avons constaté une nette prédominance de pneumopathies (39,44%), suivies des bactériémies (26,6%), puis les infections du site opératoire (14,67%) les infections urinaires (12,84%) et enfin les infections liées au cathétérisme artériel ou veineux (5,5%). Nous avons isolés 97 micro-organismes : 92 bactéries et 5 levures. Les germes responsables d'infections nosocomiales étaient largement dominés par les bacilles à gram négatifs (72,16%) ; surtout Acinetobacter Baumannii avec 27,83 % des IN, les pseudomonas Aeruginosa avec 12,37 % et Klebsiella Pneumoniae avec 10,3 % des IN. Les cocci gram positifs viennent en deuxième rang avec 22,68 % des IN, nettement dominés par le Staphylococcus Aureus avec 19,58 % des IN. Les candidoses étaient incriminées dans 5,15 % des IN. Concernant les résistances bactériennes, nous avons constaté une forte proportion de bacilles à gram négatif multirésistants aux antibiotiques notamment acinetobacter Baumannii dont la résistance était de 60,07 % à la ceftazidime, 62,96 % à l'imipénème, 66,66 à l'amikacine, 7,4 % à la colistine et de 3,7 % à la tigécycline. Le pseudomonas Aeruginosa qui était résistant dans 41,66 % des cas à la ceftazidime, l'imipénème et l'amikacine et dans 8,33 % des cas à la colistine. Enfin le Klebsiella Pneumoniae dont la résistance était de 60 % aux fluoroquinolones, 40 % à l'amikacine, 33 % à l'imipénème, 20 % à la colistine et 10 % à la tigécycline. Par contre le Staphylococcus Aureus demeure sensible avec seulement 21,05 % de résistance à la méticilline.

Parmi les 54 patients infectés, 27 étaient décédés durant leur séjour en réanimation, soit 50 % des malades ayant présenté une infection nosocomiale et 3,79 % de la population totale admise.

Conclusion : Compte tenu de la gravité de l'infection, principale cause de décès chez les patients en réanimation, l'application des précautions particulières d'hygiène ainsi que des mesures organisationnelles et administratives dès la mise en évidence de ses isolats permet d'espérer de contrôler la transmission nosocomiale de ces germes.

P 023. CMV INFECTION IN A NON-IMMUNOCOMPROMISED PATIENT : CASE REPORT

AUTEURS : MHAJBA MW.* AZAZA W.ALOUI R. CHERIF MA. SEDGHIANI I. EL HECHMI YZ. JERBI Z.

Département urgences réanimation. CHU Hbib Thameur

Introduction : Viral infections have usually good outcome for non-immunocompromised patient. Especially CMV infection. We report a case of a patient with CMV infection.

Case report : A 57-year-old male patient with hypertension and type 2 diabetes presented to the emergency department (ER) for asthenia, arthralgia associated to fever. He experienced 2 weeks ago headache, myalgia and diarrhea. On physical examination, he had fever. He had GCS of 13, no signs of meningism no neurological impairment. He was hemodynamically stable. The abdomen was soft, non-distended, and mildly tender. He had a gangrene in his right pinky toe. On the fourth day after admission, the patient developed bullous lesions in both legs. The laboratory tests revealed elevated values of transaminase and bilirubine values, lymphocytopenia, thrombocytopenia and an elevation of inflammatory marker. Cerebral computed tomography (CT) was normal. Abdominal CT showed peritoneal effusion and a hepatomegaly. The cardiac ultrasound revealed no signs of endocarditis. The test results were negative for antinuclear antibodies, perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies, and cytoplasmic antineutrophil cytoplasmic antibodies. Serological testing showed that CMV IgM and IgG levels were elevated. The patient did not receive Ganciclovir because of thrombocytopenia (27000 controlled to 12000). He presented dyspnea then a cardiac arrest. He died.

Conclusion : The CMV infection is a rare but potentially significant cause of arterial and venous thrombosis in otherwise healthy individuals as well as in immunocompromised hosts. Which represent a challenge to diagnose for emergency physicians.

P 024. PALLUDISME AUTOCHTONE GRAVE A PLASMODIUM FALCIPARUM

AUTEURS : NAJEH BACCOUCH, RANIA AMMAR, OLFA TURKI, KAMILIA CHTARA, KAIS REGAIEG, CHOKRI BEN HAMIDA, MABROUK BAHLOUL, MOUNIR BOUAZIZ.

Service de Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba.

Introduction : l'accès palustre grave est une pathologie qui ramène en réanimation en rapport avec plasmodium falciparum.

Observation : Patient âgé de 62 ans ; vivant en France (immigrée), de retour en Tunisie depuis 1 mois (pas de notion de voyage en Zone endémique) .Il travail à l'aéroport. Depuis son retour il a présenté un tableau de gastro -entérite fébrile non améliorée par traitement symptomatique. L'évolution été marquée par l'apparition d'une dyspnée de type Kussmaul, d'où le patient a été hospitalisé dans notre service. A l'admission, il a présenté des critères de gravité : prostration, ictère, détresse respiratoire nécessitant le recours à la ventilation mécanique. Un état de choc sévère de profil hyperkinétique avec des stigmates d'hypovolémie nécessitant le recours au remplissage et de catécholamines. Une défaillance rénale avec insuffisance rénale anurique nécessitant le recours à la dialyse. Une acidose métabolique organique lactique, une anémie sévère à 4,6 g/dl et une thrombopénie à 35000/ml nécessitant le recours à des transfusions massives par des culots globulaire, des paquettes et des plasmas frais congelée. Un frottis sanguin et goutte épaisse ont montré la présence de trophozoïdes et de très nombreux gamétocytes associées à des schizontes de plasmodium falciparum avec une parasitémie à 10%. Il été mis sous quinine à la dose de 20 mg/kg comme dose de charge puis 10 mg/kgx3 /j comme dose d'entretien et doxycycline 200 mg/j. L'évolution initiale : amélioration sur le plan hémodynamique et respiratoire. Sur le plan rénal, amélioration de l'acidose, mais il garde l'insuffisance rénale aigue avec des séances d'hémodialyse quotidiennes. Sur le plan hépatique, baisse de l'ammoniémie et de la lactacidémie. Mais sur le plan hématologique : il garde la bi-cytopenie ; un syndrome d'activation macrophagique a été suspecté confirmé par ponction sternale. A 10 jours d'hospitalisation ; le patient a présenté un état de choc réfractaire en rapport à un choc septique secondaire à une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique à *Acinetobacter baumani* ; mis sous forte doses de noradrénaline et adrénaline mais le patient est décédé dans un tableau de défaillance multi- viscérale.

Discussion : Le paludisme reste un problème sanitaire majeur à l'échelle mondiale, Le paludisme autochtone ou «introduit comprend les cas transmis sur le territoire français métropolitain par piqûre d'anophèles autochtones ou importés, à l'exclusion des paludismes d'importation, transfusionnels, accidentels ou congénitaux. *P. falciparum*, l'espèce à l'origine de la forme la plus grave et si une prise en charge appropriée n'est pas mise en oeuvre immédiatement, l'infection peut être fatale. L'organisation mondiale de la santé a précisé les critères définissant le paludisme grave. Sa physiopathologie est complexe comportant un mécanisme mécanique : la cytoadhérence des hémaphies parasités, le rosetting, la séquestration des hémaphies, et un mécanisme immuno-inflammatoire avec libération des cytokine responsable d'une cascade d'inflammation et tableau de défaillance multiviscérale. Le traitement actuel comporte l'artésunate mais vu la non disponibilité la quinine peut être utilisée en cas de souche résistante on peut associer la doxycycline.

P 025. LES BACTÉRIÉMIES ACQUISES EN RÉANIMATION DES BRÛLÉS

AUTEURS : A MOKLINE, H AMRI, A LAJILI, I RAHMANI, L GHARSALLAH, S TLAILI, R HAMMOUDA, B GASRI, N MENSİ, AA MESSADI.

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

Introduction : En réanimation, l'infection chez le brûlé est fréquente et est liée à la perte de la barrière cutanée, aux dispositifs invasifs et à l'immunodépression liée à la brûlure. Les bactériémies nosocomiales (BN) constituent la localisation la plus sévère des infections liées aux soins avec un taux de mortalité chez les brûlés de 30% [1].

Le but de notre étude est d'évaluer l'incidence et le profil bactériologique des bactériémies et de dégager les facteurs de risques liés à ces bactériémies.

Méthodes : Etude rétrospective menée au service de réanimation des brûlés de Ben Arous sur une période de 6 mois allant du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2015. Tous les patients brûlés ayant présenté une ou plusieurs cultures positives pour les bactéries et/ou des organismes fongiques ont été inclus. Les données démographiques des patients, les données de site(s) infectieux, des espèces et le nombre d'épisodes infectieux ont été recueillies.

Résultats : Durant la période d'étude, 190 patients ont été admis, dont 19 (10%) ont développé 21 bactériémies. L'âge moyen de nos patients était de 43 ± 20 ans, et la surface cutanée brûlée moyenne était de $39 \pm 22\%$. Ces bactériémies étaient mono-microbiennes dans 52,3% des cas. Les bactéries en cause étaient les entérobactéries BLSE (38% des isolats), le *Pseudomonas aeruginosa* (28,5%), l'*Acinetobacter baumannii* (23,8%) et le *Staphylococcus aureus* (14,3%). Le délai moyen de survenue de BN par rapport à l'admission était de 7 ± 5 jours. Les principales causes étaient une infection des voies respiratoires basses ($n = 1$), une infection des voies urinaires ($n = 1$) et une infection cutanée ($n = 10$). L'origine bactériémique est restée inconnue dans 9 cas (42,8%). La durée de séjour en réanimation de nos patients était de 20 ± 11 jours et la mortalité était de 47,5%. La survenue de BN était associée à plusieurs facteurs de risque : l'exposition à un cathéter veineux central ($p = 0,03$); le nombre de cathétérisme > 2 ($p = 0,009$) et la durée de cathétérisme > 8 jours ($p = 0,01$). De même, la présence d'un cathéter et d'une sonde d'intubation ou d'une sonde vésicale était significativement associée à la survenue de BN ($p = 0,03$).

Conclusion : Les bactériémies nosocomiales chez le brûlé demeurent fréquentes (10%) et sont associées à une surmortalité comparative à la population générale (47,5% vs 25%).

Référence :

1- Chong SJ, Ahmed S, Tay JM, Song C, Tan TT. 5 year analysis of bacteriology culture in a tropical burns ICU. Burns. 2011;37 :1349–1353

P 026. L'ASPECT DEROUTANT DE LA MENINGO-RADICULO-MYELITE TUBERCULEUSE

AUTEURS : HACHANI A*, BEJI O, ATIG R, ROMDHANI S, MEJRI O, HMOUDA H.

Service de Réanimation Médicale Sahloul

Introduction : La rareté et la grande diversité des présentations cliniques de la tuberculose du système nerveux central font que son diagnostic demeure un véritable défi. Elle représente la forme la plus grave de l'infection à *Mycobacterium tuberculosis*. Le diagnostic est assez souvent porté avec beaucoup de retard et les erreurs ne sont pas rares. Pourtant, le traitement anti-bacillaire doit être démarré le plus rapidement possible.

Observation : Monsieur K.A., âgé de 44 ans, berger, sourd-muet a consulté les urgences pour rétention urinaire et cervicalgies, accompagnées d'une fièvre. Une cause urologique a été retenue et le patient a été mis sous un traitement symptomatique avec suivi à titre externe. L'évolution a été marquée par la récurrence de la rétention urinaire avec installation d'une paraplégie et d'un déficit moteur du membre supérieur droit. A l'examen, on retrouvait un syndrome méningé, une paraplégie flasque, une détresse respiratoire nécessitant le recours à la ventilation artificielle. A la biologie, il existait un syndrome inflammatoire modéré sans autres anomalies notables. La TDM cérébrale était sans anomalies. La ponction lombaire a ramené un liquide purulent avec 140 leucocytes/mm³ (65% pnn), une hyperprotéinorrhachie à $1,8$ g/l associée à une hypoglycorrhachie à $2,9$ mmol/l. Une antibiothérapie à large spectre, un traitement antiviral et une corticothérapie ont été instaurés : claforan 2 gr* 6 /jr, vibramycine 200 mg/jr, zovirax 750 mg* 3 /jr et dexaméthasone 10 mg* 4 /jr. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébro-médullaire a montré un aspect compatible avec une myéloradiculite infectieuse extensive avec stigmates d'hémorragie. Sur le plan étiologique : la culture de la pl était négative, les sérologies virales négatives, le Quantiferon était négatif, le dosage de l'adénosine désaminase était positif. L'évolution a été favorable sous traitement spécifique antituberculeux introduit à j7 en plus des autres mesures de réanimation. Le patient a pu récupérer une mobilité au niveau de membre supérieure, ainsi qu'une autonomie respiratoire et la disparition des troubles de la déglutition, avec toutefois la persistance d'une paraplégie pour laquelle il a été transféré au service de médecine physique.

Discussion : la méningo-myéloradiculite tuberculeuse peut donner un tableau clinique d'installation aiguë, suraiguë ou subaiguë. Les paresthésies des membres inférieurs et du périnée sont le plus souvent inaugurales, suivies de douleurs parfois intenses. Les troubles génitaux-sphinctériens sont précoces et quasi constants à la phase d'état. Ils débutent par une rétention d'urine puis aboutissent rapidement à l'incontinence urinaire et fécale. Elle peut avoir plusieurs causes principalement infectieuses, inflammatoires, post-infectieuses, et néoplasiques... L'IRM, réalisée en urgence, est l'examen d'imagerie de première intention. Son intérêt essentiel est d'éliminer une compression médullaire, elle permet également un bilan lésionnel ainsi qu'une orientation étiologique.

Conclusions : Le grand polymorphisme clinique et le manque de spécificité des signes radiologiques rendent le diagnostic de la méningo-radiculo-myélite tuberculeuse difficile et sont fréquemment responsables d'un retard de la prise en charge. La mise en œuvre de tous les moyens permettant de débiter le plus rapidement possible un traitement spécifique doit être une priorité.

P 027. LES ABCES A PYOGENE DU FOIE : A PROPOS D'UNE SERIE DE 33 CAS

AUTEURS : MS NAKHLI, M KAHOUL, D ZAABAR*, T GUIZANI, A HARRATHI, S CHIHA, M KHALED, W NAIJA.

Service d'Anesthésie Réanimation, CHU Sahloul – Sousse

Introduction : Les abcès du foie sont des collections purulentes résultant d'un processus infectieux détruisant le parenchyme hépatique. C'est une pathologie peu fréquente mais pouvant être grave mettant en jeu le pronostic vital par ses complications locales et systémiques. Les progrès des explorations morphologiques du foie ont contribué largement à l'amélioration du diagnostic, la thérapeutique et le pronostic des abcès hépatiques. La présente étude vise à décrire les aspects cliniques, morphologiques, microbiologiques et thérapeutiques des abcès à pyogènes du foie.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive comportant tous les patients pris en charge au service de chirurgie viscérale du CHU Sahloul de Sousse pour abcès à pyogène du foie entre janvier 2012 et décembre 2015.

Résultat : On a colligé 33 patients dans notre série. L'âge moyen était de 64 ans, avec une légère prédominance féminine (54%). Un quart des patients étaient diabétiques. Le délai de diagnostic était de 8 jours [7-10 j]. La triade de Fontan était présente dans la plupart des cas et seulement 3 patients se sont présentés dans un tableau de choc septique. Une cytolysé hépatique ainsi qu'une cholestase n'étaient observées que dans 4 cas. La lésion était unique dans 60% des cas et la localisation était essentiellement au niveau du foie droit (70% des cas). La cholécystite était la pathologie causale dans 40% des cas, cependant aucune cause n'a été retrouvée dans 9 cas. Les prélèvements bactériologiques étaient positifs dans 20 cas avec une prédominance des BGN (70% germes isolés sont des E.coli et Klebsiella P). Le traitement médical consistait à une triple antibiothérapie associant céfotaxime, métronidazole et gentamycine. Le drainage percutané des collections est réalisé chez 13 patients, avec un taux de réussite de 76.66%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 17 jours et l'évolution était favorable dans tous les cas.

Conclusion : Les abcès hépatiques sont une pathologie rare, dont le pronostic dépend de la rapidité diagnostique et du caractère complet, hiérarchisé et adapté du traitement. L'amélioration de la qualité des examens iconographiques, le développement de la radiologie interventionnelle ont permis d'améliorer la prise en charge de ces malades.

P 028. PROFIL BACTERIOLOGIQUE ET FACTEURS PREDICTIFS DES INFECTIONS DE NECROSE PANCREATIQUE

AUTEURS : MS NAKHLI, M KAHOUL, W FRIGUI*, H BEN HAMADA, N LANDOLSI, MS KOCHAT, W NAIJA.

Service d'Anesthésie Réanimation, CHU Sahloul – Sousse

Introduction : L'infection de nécrose pancréatique représente une complication grave des pancréatites nécrosantes. Elle complique 40 à 70 % des cas et elle est responsable d'une mortalité élevée. Le but de cette étude est d'identifier le profil bactériologique, les facteurs prédictifs des infections de nécrose pancréatique et de spécifier leurs prises en charge.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive comportant 119 patients pris en charge au service de chirurgie viscérale et au service de réanimation chirurgicale de CHU Sahloul de Sousse pour une pancréatite aigüe nécrosante entre janvier 2004 et décembre 2014.

Résultat : Sur les 119 patients colligés, 50 ont présenté au cours de leur hospitalisation une infection de nécrose pancréatique (42%). Le score de RANSON était > 4 dans 25 % des cas et la moitié des patients avaient un index tomodynamométrique > 6. Le pic d'infection survenait au cours de la deuxième semaine d'hospitalisation (48% des cas). Les prélèvements bactériologiques étaient positifs dans 31 cas avec une prédominance des BGN (E.coli, Klebsielle, Acinetobacter) et des anaérobies (75% des cas). Une infection fongique a été observée dans un seul cas. Parmi les germes isolés, seul 11% des cas étaient multi sensibles. Le traitement s'est basé sur une antibiothérapie seule chez 16 patients et associées à un drainage des collections dans le reste des cas. Cette antibiothérapie était probabiliste dans 42% des cas. Uniquement 12 patients ont eu un drainage percutané des collections. Le taux de réussite était de 16%. Le recours à une nécrosectomie chirurgicale était nécessaire pour 32 patients. Le taux de mortalité était de 42 %. En étude uni variée, les facteurs prédictifs de l'infection de nécrose sont essentiellement l'obésité, la dyslipidémie, un syndrome inflammatoire biologique, une diète prolongée ainsi qu'un score de Ranson. En analyse multivariée, seul l'index scanographique de sévérité est retrouvé comme un facteur prédictif indépendant d'infection.

Conclusion : L'infection de nécrose pancréatique représente une complication grave au cours des pancréatites aigües grevée d'un taux élevés de morbidité et de mortalité. Sa prise en charge dépend du protocole d'antibiothérapie ainsi que sur le drainage des collections. La voie percutanée est la technique recommandée. Un index scanographique élevé est un facteur prédictif indépendant d'infection des coulées de nécrose.

P 029. CO-INFECTION ASPERGILLOSE PULMONAIRE INVASIVE ET GRIPPE A/H1N1 : A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : T MERHABENE, A BEN SLIMENE, A JAMOSSI, E AYARI, J BEN KHELIL, M BESBES.

Service de réanimation respiratoire, hôpital A. Mami. Ariana. Service de réanimation médicale. Hôpital Abderahmen Mami. Ariana

Introduction : la co-infection H1N1 et aspergillose pulmonaire invasive (API) est une association très rare qui survient souvent chez des sujets immunodéprimés et est par conséquent grevée d'une lourde mortalité [1]. Nous rapportons le cas d'un patient qui a été hospitalisé en réanimation pour détresse respiratoire secondaire à une co-infection grippe A/H1N1 et API.

Observation : Patient T.H, âgé de 28 ans, aux antécédents d'asthme allergique classé persistant modéré et hernie discale avec notion d'automédication fréquente aux corticoïdes, est transféré en réanimation pour prise en charge d'une détresse respiratoire dans un contexte grippal avec fièvre. Le patient a été initialement hospitalisé en cardiologie pour suspicion de myocardite (douleur thoracique, marqueurs d'ischémie myocardiques positifs avec modifications électriques) qui a été secondairement infirmé par une échocardiographie thoracique. Devant l'aggravation respiratoire avec bilatéralisation des images radiologiques, il a été transféré en pneumologie puis en réanimation. A l'admission, le patient était somnolent, polypnéique, avait des signes de lutte respiratoire, T° = 40°C, FC = 120 bpm. PA = 14/80. GDS (masque haute concentration) PH = 7,39, PaCO₂ = 35,7 mmHg, PaO₂ = 24,1 mmHg, SaO₂ = 45,4%. A la biologie : GB = 6400 elt/mm³, une lymphopénie à 900 elt/mm³, bilan hépatique et rénal correct. Un SDRA secondaire à une pneumopathie communautaire grave a été considéré. Patient intubé, ventilé, sédaté et curarisé (SDRA sévère), mis sous antibiothérapie à large spectre (imipénème, colistine, vancomycine et cotrimoxazole). Devant la non amélioration, un recours à des séances de décubitus ventral de 18H puis au monoxyde d'azote était nécessaire. A la tomodensitométrie thoracique : condensations parenchymateuses excavées prédominantes aux 2 lobes supérieurs associés à des plages d'hyperdensités en verre dépoli. Le lavage bronchiolo-alvéolaire était normocellulaire avec une polynucléose neutrophile. Le bilan immunologique était négatif. L'enquête infectieuse a retrouvée une PCR viral de la grippe A/H1N1 v 2009 positive ainsi que l'antigénémie aspergillaire. Un traitement par voriconazole a été introduit à j 6 d'hospitalisation. L'évolution était défavorable avec la survenue d'un état de choc cardiogénique à j 17 secondaire à une embolie pulmonaire bilatérale et un pneumothorax bilatéral à j 21. Patient décédé à j 27 dans un tableau d'hypoxémie réfractaire.

Discussion : L'utilisation des corticoïdes au long cours dans les affections respiratoires chroniques est un facteur de risque de survenu d'API. Par ailleurs, l'infection par le virus de la grippe A/H1N1 pourrait, à cause du dommage alvéolaire aigu, faire le lit de co-infection fongique. Cette co-infection se développe au maximum de la réplication virale [1]. Son pronostic est souvent sombre malgré un traitement dirigé.

Conclusion : l'API doit être évoqué devant tout patient sous corticothérapie au long cours et admis pour SDRA sévère. Dans ce cas, l'association à la grippe A ne fait qu'assombrir le pronostic.

Reference :

[1] : Invasive pulmonary aspergillosis is a frequent complication of critically ill H1N1 patients : a retrospective study. Intensive Care Med.2012;38:1761-8.

P 030. CANDIDURIE A CANDIDA FAMATA CHEZ UNE PATIENTE IMMUNODEPRIMEE, A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LITTÉRATURE

AUTEURS : TOUAÏBIA M*, BEN SLIMENE A, MARZOUK M, DRIDI A, OUERGHI S, MESTIRI T.

Département d'anesthésie réanimation hôpital A. Mami ARIANA

Introduction : Le Candida Famata (CF) est un pathogène opportuniste rarement incriminé dans l'infection en milieu de réanimation (<1%) essentiellement par voie hématogène (j hosp infect 2002 ; 50 :243-60). La mortalité secondaire aux candidoses en milieu de réanimation atteint 60% (j hosp infect 2002 ; 50 :243-60). L'acquisition de nouvelle résistance à l'amphotéricine B et aux échinocandines du CF est devenue un phénomène préoccupant et constituant une impasse thérapeutique.

Cas clinique : Madame N.A âgée de 47 ans, ASA II pour asthme intermittent, admise en réanimation pour prise en charge d'un état de choc septique secondaire à une médiastinite à point de départ ORL. Opérée à 3 reprises (cervicotomie et thoracotomie bilatérale) et ayant reçu 15 séances d'oxygénothérapie hyperbare, mise sous tigecycline/ colistine pour PAVM à AB et imipénème, targocid pour pyocyanique et linezolid pour enterocoque feacium VRE au prélèvement péropéritaire avec bonne évolution clinique. La patiente a reçu du fluconazole devant un index de colonisation positif dans deux sites et un candida score à 6. Avec relais par de l'amphotéricine B devant la sévérité du tableau et la présence de candida non albicans au site opératoire avec apyrexie. A j 12 du traitement antifongique, la patiente a présenté un pic fébrile avec syndrome inflammatoire biologique. Une enquête bactériologique a conclu à une infection urinaire à Candida Famata avec résistance à l'amphotéricine B et au fluconazole et sensibilité au voriconazole et à l'itraconazole (Sporanox®). Après 21 jours de traitement à l'itraconazole, l'ECBU est revenu négatif. La patiente est mise sortante après 49 jours d'admission en réanimation sans séquelles.

Discussion : Les infections à Candida non albicans prennent une place croissante comme cause de candidurie. Une revue de littérature montre une seule infection urinaire à CF (j antimicrob chemoter 2013 Feb;68(2) :438-43). Les facteurs de risque prédisposant à l'infection à CF chez notre patiente sont l'immunodépression secondaire au sepsis, l'effraction due la sonde vésicale, et l'antibiothérapie antérieure à large spectre (imipénème, tigecycline, coli, linezolid) associée à un traitement antifongique initial à base de fluconazole puis d'amphotéricine B devant l'absence d'amélioration. Le CF est résistant à

l'amphotéricine B et aux échinocandines mais présente encore une sensibilité aux triazolés, c'est le cas de notre germe. Selon les recommandations, le fluconazole est le traitement de première ligne pour le traitement de candidurie à CF mais devant la résistance, l'itraconazole était notre antifongique de choix avec bonne évolution clinique.

Conclusion : L'émergence du genre *Candida non albicans* et sa virulence constitue actuellement un problème de santé majeur. L'incrimination lors des infections, de germe connue par son innocuité auparavant, et son acquisition de résistance au traitement habituel nécessite des mesures d'hygiène drastiques en unités de réanimation.

P 031. PNEUMOCYSTOSES PULMONAIRES ADMISES EN REANIMATION : CARACTERISTIQUES CLINIQUES, PARACLIQUES ET FACTEURS PRONOSTIQUES

AUTEURS : T MERHABENE, S SELLAMI, A JAMOSSI, A BEN SLIMENE, J BEN KHELIL, M BESBES.

Service de réanimation A MAMI ARIANA

Introduction : La pneumocystose pulmonaire est une infection opportuniste due au *Pneumocystis jirovecii*. Elle représente une cause fréquente d'atteintes pulmonaires chez les patients immunodéprimés particulièrement les HIV positifs, et est souvent associée à une morbi-mortalité élevée. Le but de notre étude était de décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques, évolutives ainsi que les facteurs pronostiques.

Patients et méthodes : Etude rétrospective descriptive, incluant tout patient hospitalisé entre janvier 2002 et septembre 2016 dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Abderrahmane Mami pour détresse respiratoire secondaire à une pneumocystose pulmonaire. Ont été recueillis, les paramètres démographiques, les données cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

Résultats : Durant la période de l'étude 32 patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 37 ans [15-65]. Le sexe ratio était de 1,46. Les maladies sous jacentes étaient respectivement : une infection à HIV chez 19 patients, un traitement immunosuppresseur chez 11 patients, une corticothérapie au long cours chez 10 malades, une hémopathie maligne chez 5 patients et une patiente était immunocompétente. Les médianes des scores IGSII et APACHE II étaient respectivement 35 [13-67] et 13 [6-35]. Tous les patients étaient admis dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë compliquée de SDRA dans 26 cas (léger dans 8 cas, moyen dans 7 cas et sévère dans 11 cas). Une hémorragie alvéolaire était associée dans 5 cas. Une lymphopénie était présente chez 30 patients. A la tomodensitométrie thoracique, un aspect en verre dépoli bilatéral était observé chez 29 patients, cet aspect était diffus aux deux champs pulmonaire dans 20 cas, prédominant au niveau des lobes supérieur dans 5 cas. 25 patients ont nécessité le recours à la ventilation mécanique, initialement non invasive chez 22 d'entre eux. La VNI était un succès chez 11 patients. La pneumocystose pulmonaire était confirmée dans tous les cas par l'examen bactériologique et les données anatomopathologiques du lavage broncho-alvéolaire. Tous les patients ont été traités par Cotrimoxazole (Bactrim®) associé à une corticothérapie systémique. Les complications observées étaient essentiellement : l'infection nosocomiale (n=15) compliquée d'état de choc infectieux dans 6 cas et le barotraumatisme (n=13). La médiane de la durée de séjour en réanimation était de 14j [2-56]. 13 malades étaient décédés (40,6%) dans un tableau d'état de choc réfractaire (n=6), d'hypoxie sévère (n=4) et de syndrome de défaillance multiviscérale (n=3). En analyse multivariée, le SDRA sévère OR=0,15 (95%CI (0,045-0,45)), la survenue de pneumothorax OR=0,33 (95%CI (0,15-0,72)), de pneumo médiastin OR=0,41 (95%CI (0,20-0,83)) et le recours à l'intubation OR=0,16 (95%CI (0,37-1,31)) étaient des facteurs indépendants de surmortalité.

Conclusion : La survenue d'une pneumocystose pulmonaire est plus fréquente chez les patients HIV positifs. Cette infection est grevée d'une lourde morbi-mortalité, le recours à l'intubation, la gravité du tableau initial et les complications barotraumatiques sont des facteurs indépendants de mortalité.

P 032. LES INFECTIONS A ACINETOBACTER BAUMANNII EN REANIMATION DE CHIRURGIE CARDIO THORACIQUE : FACTEURS DE RISQUE ET PROFIL BACTERIOLOGIQUE

AUTEURS : MARZOUK.M*, LIKA .A, DHAOUEDI.I, DRIDI.A, OUEGHIS.S, MESTIRI.T.

Département d'anesthésie réanimation hôpital A. Mami ARIANA

Introduction : L'émergence de bactéries multi-résistantes en particulier dans les unités de soins intensifs et services de réanimation présente un souci dans la prise en charge de nos patients vu la morbi- mortalité élevée qui y est associée (1). L'*Acinetobacter Baumannii* (AB) est un germe en croissance continue dans les unités de réanimation. Le but de notre étude étant de déterminer les facteurs de risque d'infection à AB et son profil bactériologique dans une unité de réanimation de chirurgie thoracique et cardiovasculaire.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective analytique s'étalant sur 11 mois (février 2014-décembre 2014). Ont été inclus tous les patients opérés et admis en réanimation de chirurgie thoracique et cardiovasculaire ayant présenté un sepsis ou un état de choc septique. L'analyse statistique a été réalisée en utilisant le logiciel SPSS dans sa version 20.0. Un $p < 0.05$ est considéré comme significatif.

Résultats : Durant la période d'étude, 50 dossiers ont pu être traités pour un total de 87 opérés. Parmi les 50 patients, 21 ont présenté une infection à AB soit une incidence de 42%. Les infections pulmonaires sont largement majoritaires 80%. La moyenne d'âge est 62,29 ans. Le sexe ratio est de 20. Les facteurs de risque d'infection à AB retrouvés dans notre étude après l'analyse univariée de 18 facteurs de risque étaient la ventilation mécanique ($p=0.04$) et le délai d'infection supérieur à 8 jours

($p=0.05$). La durée moyenne de séjour est 17,71 jours avec une mortalité à 57,1%. L'AB était résistant dans 61,9% des cas à l'imipénème. L'AB était sensible à 3 associations d'antibiotiques dans notre étude : imipénème/colistine (38%), rifampicine/colistine (38%) et tigécycline/colistine (24%).

Discussion et conclusion : Nos résultats rejoignent ceux de la littérature internationale de point de vue incidence, facteurs de risque et profil de résistance (3). Le choix de l'association antibiotique dépend du profil de résistance aux carbapénèmes ainsi qu'à la tigécycline. L'association rifampicine/colistine est intéressante mais risque de faire émerger des souches de bacille de Koch résistantes. Les infections à AB en milieu de réanimation sont pourvoyeuses d'une morbi-mortalité élevée associée certes à un surcoût économique. La place est donc aux moyens de lutte contre les infections nosocomiales par le respect des règles d'hygiène hospitalière (2).

Bibliographie :

- 1- Shorr et al. BMC infectious diseases 2014, 14 :572.
- 2- Conférence de consensus 2010 prévention des infections nosocomiales en réanimation.
- 3- Avicenna J Med .2013 Oct-Dec ; 3(4) : 97-102

P 033. ACTINOMYCOSE ABDOMINALE : UNE INFECTION EXCEPTIONNELLE EN RÉANIMATION.

AUTEURS : BEN GHEZALA H*, SNOUDA S, KADDOUR M, BEN CHEIKH I.

Service universitaire des urgences et de réanimation médicale. Hôpital régional de Zaghwan.

Introduction : L'Actinomyose Abdominale est une pathologie rare qui réalise une suppuration chronique granulomateuse due à *Actinomyces* sp le plus souvent *Israelii*. De diagnostic difficile, l'AA est souvent confondue dans sa forme pseudo-tumorale avec un processus néoplasique conduisant à une chirurgie d'exérèse large grevée d'une lourde mortalité et c'est l'examen anatomopathologique qui permet de poser le diagnostic. Le traitement est toujours médical reposant sur une antibiothérapie prolongée, parfois associée à la chirurgie dans des situations particulières.

Observation : Madame S.K, âgée de 35 ans, aux antécédents d'une anémie chronique non suivie, et porteuse d'un dispositif intra-utérin (DIU) a été admise en réanimation par le biais des urgences pour un tableau de sepsis sévère avec des douleurs abdominales diffuses prédominantes au niveau du flanc et de la fosse iliaque droite avec un arrêt des matières et des gaz. A l'examen, on a relevé une fièvre à 38°C. A la palpation, on a trouvé une masse oblongue du flanc droit faisant 10 cm de grand axe, douloureuse, mobile par rapport au plan profond, le reste de l'abdomen était souple. A la biologie, il y avait un syndrome inflammatoire biologique avec des globules blancs à 11000 éléments/mm³ et une CRP à 71mg/l. Un scanner a été réalisé et a montré deux collections pariétales venant au contact d'un épaississement pariétal du colon transverse et du sigmoïde. La patiente a été opérée en urgence avec le diagnostic d'une tumeur colique abcédée. En per opératoire, on a constaté un épaississement pseudo tumoral étendu du colon transverse et du colon sigmoïde avec deux collections en regard envahissant par endroit la peau. Il n'y avait pas d'ascite, ni de carcinose ni de métastases hépatiques. Vu l'aspect pseudo tumoral, le geste a consisté en une colectomie subtotalaire carcinologique avec iléostomie iliaque droite. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique a conclu à une actinomyose abdominale avec visualisation d'une colonie d'*Actinomyces Israelii*. La patiente a été mise sous Pénicilline G à la dose de 24 Millions d'UI par jour pendant 10 jours puis relais par voie orale par amoxicilline à la dose de 2 grammes par jour pendant 6 mois avec une évolution favorable. Le DIU a été retiré. La patiente a été reprise par voie médiane pour rétablissement de la continuité. Elle a eu une anastomose iléo-rectale latéro-terminale avec des suites opératoires simples et un recul de 1 an.

Conclusion : L'actinomyose abdominale est une affection rare mais grevée d'une morbidité élevée pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Comme l'illustre notre observation, il est fondamental de poser le diagnostic en préopératoire évitant une chirurgie mutilante dangereuse et le plus souvent inutile. Une antibiothérapie prolongée est suffisante pour le traitement lorsque le diagnostic a pu être posé précocement.

P 034. MUCORMYCOSE RHINO-SINUSIENNE MORTELLE CHEZ UN DIABÉTIQUE.

AUTEURS : BEN GHEZALA H*, KADDOUR M, SNOUDA S, BEN CHEIKH I.

Service universitaire des urgences et de réanimation médicale. Hôpital régional de Zaghwan.

Introduction : Les mucormycoses sont des infections opportunistes causées par des champignons de l'ordre des mucorales faisant partie de la classe des zygomycètes. Décrite pour la première fois en 1943 par Grégory. Il s'agit d'une infection fongique rare, rapidement extensive et invasive, responsable d'un taux élevé de mortalité et d'importantes séquelles neurologiques et esthétiques surtout chez le diabétique. Nous rapportons dans ce travail une observation exceptionnelle d'un cas de mucormycose rhinocérébrale survenu chez un diabétique de type 2 avec des conséquences dramatiques.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 52 ans, diabétique traité par insuline mal équilibré qui est admis en réanimation pour coma acidocétosique. L'examen clinique trouvait une rougeur de l'hémiface gauche et péri-buccal avec fièvre à 39°C. L'examen oto-rhino-laryngologique montrait un bombement au niveau du toit du palais gauche avec présence d'un orifice fistuleux. La tomodensitométrie cérébrale mettait en évidence une sinusite bilatérale et un aspect de cellulite de l'hémiface gauche avec une myosite du muscle masséter gauche. Des prélèvements biopsiques ont été réalisés et adressés aux laboratoires d'anatomie pathologique et de microbiologie. L'examen histologique montrait une muqueuse naso-sinusienne revêtue par un épithélium de type respiratoire ulcéré et recouvert par un enduit fibrino-leucocytaire. Le diagnostic de mucor

mycoserhino cérébrale à l'origine de la décompensation du diabète a été alors retenu et le patient a été traité par amphotéricine B à la dose de 1,5 mg/kg par jour. Mais l'évolution immédiate était marquée par l'altération de l'état de conscience, le patient était alors, intubé ventilé et il décédait dans les suites immédiates de son transfert au service de réanimation dans un tableau de défaillance multi viscérale.

Conclusion : Cette observation met l'accent sur la gravité particulière de la mucormycose chez le diabétique, les difficultés diagnostiques liées à l'absence de spécificité des manifestations cliniques, la nécessité d'une confirmation rapide du diagnostic par le prélèvement biopsique et la difficulté thérapeutique, en présence des complications préexistantes du diabète.

P 035. EVOLUTION DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES SUR UNE PERIODE DE 10 ANS DANS UN SERVICE DE REANIMATION TUNISIEN

AUTEURS : HAMMOUDA Z*, BEN ABDALLAH S, MGHIRBI A, BEN BRAIEK D, HRAIECH K, NAKAA S, ADHIEB A, OUSJI A, OUANES I, DACHRAOUI F, BESBES OUANES L, ABROUG F⁽¹⁾ TABKA R⁽²⁾.

(1) Service de réanimation du CHU Fattouma Bourguiba Monastir

(2) Service de pharmacie du CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction : L'utilisation excessive et parfois irrationnelle des ATB est responsable d'un impact économique important avec augmentation des dépenses des soins. De même, ceci a abouti à l'émergence des bactéries multi résistantes qui, dès leur apparition ont constitué un problème de santé publique avec un accroissement des coûts de soins de santé à la fois humain et financier. L'objectif de ce travail est de décrire l'évolution de la prescription des ATB au cours des dix dernières années dans le service de réanimation polyvalente du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir.

Matériels et méthodes : Pour cela, on a conduit une étude rétrospective au sein du service de réanimation polyvalente du CHU Fattouma Bourguiba Monastir sur une période de 10ans (2006-2016). Les données recueillies étaient : La consommation (en nombre de flacon par an) des ATB suivants : l'imipénème (500mg) , l'értapénème(1 g), l'ofloxacine(200 mg), la ciprofloxacine(200 mg), la colimycine (1 million d'unités) et la tigécycline(50 mg) et le nombre des malades hospitalisés dans le service.

Résultats : Concernant l'effectif des malades, il est pratiquement constant au cours des années de l'étude. Avec une moyenne de 297 malades/an (de 197 à 374).L'évolution du nombre des malades hospitalisés en réanimation est représentée dans le tableau 1. Concernant la consommation des ATB (tableau 2), on note globalement une augmentation de la consommation de l'imipénème (de 712 flacon de 500 mg en 2006 à 1654 en 2016), la colimycine (de 807 en 2006 à 2637 en 2016), ainsi que des nouveaux ATB (értapénème et tigécycline). Par contre, la consommation en fluoro quinolones au cours de la période d'étude est restée pratiquement stable. Cette cinétique est illustrée dans la figure 1.

Conclusion : Sur une période de 10 ans et pour un effectif pratiquement constant de malades, on note globalement une augmentation de la consommation en ATB. Ce résultat reflète en partie une augmentation du taux des infections nosocomiales et une modification du profil de résistance des germes en cause.

FIGURE 1 EVOLUTION DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES SUR UNE PERIODE DE 10 ANS DANS UN SERVICE DE REANIMATION TUNISIEN

P 036. PNEUMOPATHIE A VARICELLE CHEZ L'ADULTE IMMUNOCOMPETENT : A PROPOS DE DEUX CAS

AUTEURS : BEN BRAIEK D*, BEN ABDALLAH S, NAKAA S, HRAIECH K, MGHIRBI A, ALDHIEB A, OUSJI A, HAMMOUDA Z, OUANES I, DACHRAOUI F, OUANES-BESBES L, ABROUG F. SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DE MONASTIR, CHU FATTOUA BOURGUIBA MONASTIR

Introduction : La varicelle est une infection virale cosmopolite, fréquente, très contagieuse, due au virus varicella-zona (VZV). Elle est habituellement bénigne chez l'enfant. La localisation pulmonaire de la varicelle est une complication rare qui s'observe souvent en cas d'immunodépression. Cette complication est responsable de 20 % de mortalité. Nous rapportons 2 cas de pneumopathies compliquant une varicelle chez deux adultes immunocompétents qui se sont présentés dans un tableau de détresse respiratoire aiguë.

Observation 1 : Mr M. Âgé de 42 ans, fumeur à raison de 44 PA, suivi pour troubles schizoaffectifs, sans terrain d'immunodépression sous-jacent connu, ayant une fille de 3 ans traitée pour varicelle cutanée il y a quinze jours. Il présente depuis une semaine, une éruption cutanée maculo-papuleuse prurigineuse, s'étendant sur le corps évoluant dans un contexte fébrile. Deux jours après, le patient rapporte une toux, des expectorations hémoptoïques associée à une dyspnée d'aggravation progressive motivant son hospitalisation. À l'examen clinique, patient conscient, fébrile à 40 °C, polypneïque avec une fréquence respiratoire à 45 cycles par minute et des signes de lutte, des râles crépitants diffus à l'auscultation, la saturation en oxygène est 88 % en l'air ambiant, la fréquence cardiaque est 119 battements par minute sans signes d'insuffisance circulatoire aiguë. L'éruption cutanée était faite de lésions diffuses à tout le revêtement cutané, d'âges différents, à type de macules, papules et vésicules, prurigineuses associées à des érosions buccales. La radiographie thoracique révèle des opacités alvéolo-interstitielles bilatérales. Les données biologiques montrent une hyperleucocytose (à prédominance lymphocytaire), une cytolysé hépatique modérée. La sérologie HIV est négative. Le diagnostic de pneumopathie varicelleuse grave hypoxémiant était posé. Le patient était mis sous traitement antiviral Aciclovir (10 mg/kg/8 h) en IV accompagné de soins locaux et d'une oxygénothérapie par CPAP et MHC. L'évolution clinique, biologique et radiologique était favorable. Observation 2 : Mr H. Âgé de 37 ans, tabagique à 15 PA, sans antécédent pathologique notable, rapporte la notion de varicelle chez ses 2 enfants. Le début de la maladie remonte à 10 jours, marqué par une fièvre suivie d'une éruption cutanée prurigineuse s'étendant sur le

corps. Quelques jours après, apparition d'une dyspnée d'aggravation progressive avec une toux et expectorations. A l'examen, fébrile à 38,3 °C, une pression artérielle à 130/80 mmHg, une fréquence cardiaque à 100 battements par minute, une fréquence respiratoire à 28 cycles par minute avec des signes de lutte et une saturation en oxygène à 83% en air ambiant. Les lésions cutanées sont généralisées faites de maculopapules, de vésicules, et de croûtes. A l'auscultation pulmonaire, on note des râles bronchiques bilatéraux. La radiographie thoracique montre des opacités alvéolo-interstitielles bilatérales. A La biologie une hyperleucocytose à 12100 et une cytolysé hépatique (ALAT/ASAT = 175/207). Devant ce tableau, on a porté le diagnostic de varicelle compliquée de pneumopathie hypoxémiant. Le malade était mis sous Aciclovir 10mg/kg/8H IV, une oxygénothérapie et des soins cutanés. Ce traitement était poursuivi pendant 10 jours avec une évolution rapidement favorable

Conclusion : La pneumopathie varicelleuse de l'adulte immunocompétent est une complication assez fréquente au cours de l'infection par le virus de la varicelle. Le diagnostic positif est retenu sur des arguments cliniques, biologiques et radiologiques. Sous traitement antiviral, l'évolution est favorable.

P 037. PARTICULARITES EPIDEMIOLOGIQUE ET ETIOLOGIQUE DU SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE EN MILIEU DE REANIMATION

AUTEURS : WALID SELLAMI*, MOHAMED AMINE SAADI, MOUNA MAAMRI, AZER CHERNI, IMEN TRIMECHE, ICHRAF ARDHAOU, MARIEM BOUSSELMI, IHEB LABBENE, MUSTAPHA FERJANI.

Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire de Tunis

Introduction : le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est une pathologie rare mais souvent mortelle, caractérisée par une activation inappropriée de la ligne monocyte-macrophage entraînant une phagocytose anormale des éléments figurés du sang. Le but de ce travail est de préciser les particularités épidémiologiques et étiologiques du SAM dans un service de réanimation polyvalente.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur 4 ans de janvier 2012 jusqu'au décembre 2015 incluant les patients chez eux un SAM a été diagnostiqué. Le diagnostic a été retenu devant la présence d'au moins cinq critères parmi ceux définis par Henter en 2007 (1). L'analyse statistique a nécessité le logiciel de statistique SPSS 20.0

Résultats : Durant la période d'étude, 20 patients ont été pris en charge pour SAM. Il s'agissait de 12 hommes et 8 femmes avec un âge moyen de 52+-14.32. Le SAM était secondaire à une pathologie infectieuse chez 16 patients (dont deux à une infection à cytomégaloovirus et un autre à une tuberculose multiviscérale) particulièrement à une infection nosocomiale, à une néoplasie (leucémie lymphoïde chronique) chez deux patients et d'origine indéterminée chez deux patients. Le traitement instauré était les immunoglobulines seules dans 16 cas l'association immunoglobulines + étoposide dans deux cas, l'association immunoglobulines + corticoïdes dans deux cas. Le SAM chez les 6 survivants était attribué à une étiologie infectieuse et était traité par les antibiotiques et les immunoglobulines. 14 patients sont décédés soit une mortalité de 70%. Les moyennes des besoins transfusionnelles étaient de 7.8 unités pour les culots globulaires, 10.3 pour les unités de plasma frais congelé, 15 pour les unités de plaquettaires standards. Le décès a été attribué chez dix patients à un état de choc septique.

Conclusion : Le SAM est une pathologie grave, pouvant compromettre le pronostic vital, et compliquant diverses maladies, toutefois il demeure une pathologie sous estimée. La sévérité du pronostic du SAM impose une démarche diagnostique agressive et une prise en charge thérapeutique multidisciplinaire associant réanimateurs, hématologues et internistes. Peu d'études se sont intéressées aux particularités de cette pathologie notamment en milieu de réanimation

P 038. PANCREATITE AIGUE DUE AU VIRUS DE LA GRIPPE A(H1N1) : A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : H.ALLOUCHE*, J.GUISSOUMA, H.GHADHOUNE, I.TRABELSI, H.BRAHMI, M.SAMET, S.SOUISSI, H.EL GHORD.

Service de réanimation médicale Hôpital Habib Bouatfa Bizerte

Introduction : Après la pandémie mondiale due au virus de la grippe A (H1N1) en 2009, plusieurs cas de détresses respiratoires d'origine virale ont été décrits. La traduction clinique de l'infection par ce virus est essentiellement respiratoire allant d'une simple grippe à un tableau de SDRA sévère et même fatal. Néanmoins d'autres atteintes viscérales ont été décrites. On rapporte le cas d'une pancréatite aigue (PA) survenant à la suite d'une pneumopathie aigue communautaire grave (PACG) due à ce virus.

Observation : Mr I.A âgé de 40 ans sans antécédents a présenté un syndrome grippal et une dyspnée. La symptomatologie s'est aggravée sous traitement symptomatique et antibiothérapie (ATB : Amoxicilline-Acide clavulanique) d'où l'admission en réanimation. L'examen initial trouvait une fièvre à 39°C et des signes de détresse respiratoire (cyanose, polypnée à 29c/mn, signes de lutte avec spO_2 à 75% et râles ronflants). Les examens : neurologique, cardiovasculaire et abdominal étaient normaux. La biologie révélait une Leucopénie à 2790 elm/mm³, une lymphopénie à 570 elm/mm³, une CRP élevée à 193 mg/l. La gazométrie faite sous VNI objectivait une alcalose respiratoire avec hypoxémie pH=7.49, pCO_2 =33.3 mmhg, HCO_3^- =26 mmol/l, pO_2 =92 mmhg avec P/F=92. Par ailleurs bilans hépatique, rénale et pancréatique normaux. La radiographie thoracique montrait des opacités alvéolaires diffuses bilatérales. Le diagnostic de PACG compliquée d'un SDRA a été retenu. Le patient a été intubé ventilé et mis sous ATB empirique (Céfotaxime 2g*3/j et Ciprofloxacine 400mg*2/j). L'enquête infectieuse faite avant l'instauration de l'ATB comportait un PTP, un prélèvement oropharyngé, des hémocultures, un ECBU, des sérologies des germes atypiques et antigénurie légionnelle. L'évolution immédiate était marquée par un état de choc septique nécessitant le recours aux catécholamines. L'amélioration de l'état hémodynamique permettait leur arrêt à j 4. Le réveil du patient était

cohérent après arrêt de la sédation néanmoins le sevrage de la ventilation mécanique était difficile à cause d'une polyneuromyopathie de réanimation nécessitant la trachéotomie. Le résultat du prélèvement oropharyngé était positif au virus de la grippe A (H1N1). A j 20 d'hospitalisation le patient a présenté une sensibilité épigastrique ainsi qu'une hyperamylasémie à 27 fois la normale et une hyperlipasémie à 19 fois la normale. La TDM abdominale a objectivé une PA stade B. La PA a été imputé, dans ce contexte, au virus de la grippe A (H1N1) après avoir éliminé les autres causes de PA. Le bilan pancréatique s'est normalisé au bout de 5 jours. L'évolution ultérieure était favorable et le patient était mis sortant à l'air ambiant à j 54.

Commentaires : Les causes virales des PA sont bien reconnues. Notre patient a présenté les signes cliniques, biologiques et radiologiques de la PA dans les suites d'une PACG au virus de la grippe A H1N1 compliquée d'état de choc septique et de SDRA. Il s'agit d'une étiologie très rare de PA très peu décrite dans la littérature mais confirmée sur des modèles animaux.

Conclusion : L'origine virale d'une PA, notamment le virus de la grippe A (H1N1), devrait être évoquée devant des éléments de présomption cliniques biologiques bactériologiques et radiologiques.

P 039. SEPTICEMIE A LEUCONOSTOCSP EN REANIMATION : A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : NAJEH BACCOUCH, RANIA AMMAR, SAMAR BELLIL, KAMILIA CHTARA, CHOKRI BEN HAMIDA, MOUNIR BOUAZIZ.

Service de Réanimation Médicale CHU HABIB BOURGUIBA Sfax.

Introduction : Les leuconostocques (le genre *Leuconostoc*) sont des bactéries lactiques à Gram positif, de la famille des *Leuconostocaceae* de l'ordre *Lactobacillales*. Ils sont fréquemment utilisés dans l'industrie alimentaire comme base de culture pour une grande variété de produits laitiers. Le *Leuconostoc* est un cocci à Gram positif de la famille des streptocoques, aéro-anaérobie facultatif, immobile, catalase négative et non sporulé. Il se présente à l'examen bactériologique sous forme de diplocoques ou de chaînettes. Leur incrimination en pathologie infectieuse humaine est restée longtemps débattue et n'a été que récemment identifiée. Les infections à *Leuconostoc*, restent très rares, pouvant être responsables de septicémies dans des circonstances d'immunodéficience sévère.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 38 ans aux antécédents de HTA non suivi. Il a été hospitalisé au service de réanimation le 22/09/2016 pour prise en charge d'une altération de l'état de conscience avec hémiparésie droite. Le diagnostic d'AVC hémorragique capsulo-thalamique gauche dans le cadre d'une urgence hypertensive a été retenu. Le patient a bénéficié d'une mise en place d'une dérivation ventriculaire externe. Une analyse initiale du LCR s'est révélée sans anomalies. A j 10 d'hospitalisation le patient développe de la fièvre sans instabilité hémodynamique, avec des marqueurs de sepsis qui étaient positifs. Une enquête infectieuse faite (ECBU, PTD, HC et prélèvement de LCR). On a isolé un *Pseudomonas aureoginosa* et *Klebsiella pneumoniae* d'où le patient a été mis sous colicine + solnicol.

Le patient a persisté fébrile malgré l'antibiothérapie adaptée. Un changement de cathéter central a été fait avec des hémocultures périphériques et sur cathéter qui ont objectivé un *Leuconostoc* spp. Le patient a été mis sous tienam avec une bonne évolution.

Conclusion : Les infections à *Leuconostoc* sont des infections opportunistes émergentes qui surviennent chez des patients immunodéprimés. Il s'agit d'une infection relativement rare, mais qui doit être évoquée et recherchée devant des facteurs de risque et l'isolement d'un cocci à Gram positif résistant à la vancomycine.

P 040. FORME RARE DE SYNDROME DE LYELL LIÉ AU MYCOPLASMA PNEUMONIAE

AUTEURS : I. TRABELSI*, J. GUISSOUMA, H. GHADHOUNE, H. ALLOUCHE, H. BRAHMI, M. SAMET, S. SOUISSI, H. EL GHORD.

Service de Réanimation Médicale. Hôpital Habib Bouguetfa Bizerte

Introduction : Le syndrome de Lyell (SL) est une réaction aiguë de la peau et des muqueuses liée essentiellement à une hypersensibilité d'origine médicamenteuse. D'autres facteurs plus rares ont été incriminés tels que les infections herpétiques et les pneumopathies à germes atypiques. Nous rapportons le cas d'un SL secondaire à une pneumopathie communautaire à *Mycoplasma pneumoniae* (MP).

Observation : Mme A.M âgée de 76 ans, hypertendue (sous lopril et aspégic) a consulté un médecin de libre pratique pour fièvre et érythrose faciale qui s'est généralisée par la suite, sans notion de nouvelle prise médicamenteuse. Elle a été mise initialement sous antihistaminiques et lévofloxacine sans amélioration avec apparition d'une altération de l'état général et d'une détresse respiratoire. À l'examen, elle était consciente fébrile à 39°C, polypnéique avec signes de lutte et SpO₂ à 88% à l'air ambiant ; tachycarde à 132 bpm avec une hypotension à 80/50. Elle présentait un exanthème généralisé avec un décollement bulleux intéressant la face, le tronc et l'abdomen avec signe de Nikolsky positif. Par ailleurs on a noté un muguet buccal avec des enduits jaunâtres au niveau de la partie postérieure de la langue et du voile du palais. A la biologie : syndrome inflammatoire biologique (GB à 11380 elm/mm³ et CRP à 102 mg/l), bicytopénie (thrombopénie à 89000 elm/mm³ et anémie à 8,4g/dl), insuffisance rénale : créatinine à 114 μmol/l et urée à 1,24 mmol/l, cytolysse hépatique à 5 fois la normale, hyponatrémie à 128 mmol/l et bilan d'hémostase normal. La gazométrie faite sous 8l d'O₂/mn montrait une acidose métabolique avec une hypoxémie (pH=7,21 ; pCO₂=41 mmhg ; HCO₃⁻=17 mmol/l ; pO₂=98 mmhg). La Rx thorax montrait des images alvéolo-interstitielles bilatérales. Le diagnostic de sepsis sévère à point de départ pulmonaire associée à un SL a été retenu. La conduite à tenir était une expansion volémique puis introduction des drogues vasoactives, ventilation mécanique et antibiothérapie empirique (céfotaxime, lévofloxacine et vancomycine) après avoir réalisé les prélèvements bactériologiques (PTP, ECBU, Hémocultures, sérologies des germes atypique et antigénurie légionnelle). L'évolution était défavorable avec augmentation des besoins en

amines et défaillance multi-viscérale (hémodynamique, neurologique, respiratoire, rénale hépatique et perturbation du bilan d'hémostase). À J6, la patiente est décédée dans un tableau d'état de choc septique réfractaire. Le tableau clinique présenté par la patiente était rattaché à une infection grave à MP documentée par une sérologie positive parvenant en post mortem.

Commentaires : le SL est une forme majeure et grave des toxidermies bulleuses avec un pronostic souvent réservé. La rareté de ce syndrome et le polymorphisme des lésions rendent le diagnostic positif difficile. Notre patiente a présenté un SL et aucun médicament n'a été incriminé. L'origine infectieuse a été retenue et le diagnostic d'imputabilité du MP n'a été établi qu'en post-mortem. Cette bactérie a des manifestations extra-pulmonaires qui sont essentiellement dermatologiques, cardiovasculaires, hématologiques et neuromusculaires. Le traitement associe des mesures symptomatiques et une anti-biothérapie adéquate.

Conclusion : L'infection par le MP est une étiologie rare du SL qui devra être évoquée devant toute forme de nécrolyse épidermique où les autres étiologies ont été éliminées.

P 041. PARTICULARITES CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES MENINGITES PURULENTES POST-TRAUMATIQUES

AUTEURS : NADER BEN OTHMEN*, MOHAMED FKI, RADHIA KHOUDI, AYMEN LAMOUCI, HÉDI CHARRADA, MECHAAL BEN ALI.

Service d'anesthésie réanimation. CHU Mohamed Taher Maamouri de Nabeul.

Introduction : Les méningites purulentes post-traumatiques sont rares mais préoccupantes du fait de leur gravité. Elles imposent la recherche d'une cause favorisante qui peut être une brèche anormale entre les cavités aériennes et les espaces sous-arachnoïdiens surtout dans les suites d'un traumatisme crânien plus ou moins grave.

Matériels et méthodes : A la suite de six observations récentes de méningites post-traumatiques chez des adultes dans le service d'anesthésie réanimation de Nabeul, il nous paraît utile d'en rappeler les particularités diagnostiques et thérapeutiques.

Observations : Nous rapportons six observations de méningites purulentes post-traumatiques chez des adultes jeunes. Le délai moyen entre le traumatisme crânien et le diagnostic était de 12 ± 9 jours. Tous les patients ont reçu une antibioprophylaxie à l'admission. Le diagnostic était posé après une ponction lombaire et analyse cytochimique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien. Dans cinq cas un germe a été isolé (*Streptococcus pneumoniae*). Tous nos patients ont reçu un traitement antibiotique à visée et à doses méningées. Le scanner cérébral a mis en évidence une fracture de l'étage antérieur de la base du crane avec une brèche osseuse de voisinage dans cinq cas. La fermeture de la brèche ostéodurale a été réalisée chez tous ces patients. Aucune récurrence n'a été observée en postopératoire. Un des patients a présenté comme séquelle une épilepsie généralisée et l'autre, une hyposmie persistante.

Conclusion : A travers notre travail, nous attirons l'attention sur cette cause rare mais possible de méningite purulente.

Patient	1	2	3	4	5	6
Age	23	42	19	27	38	25
Sexe	M	M	M	F	M	M
Délai TC – dg (j)	10	17	3	14	21	9
Antibioprophylaxie	+	+	+	+	+	+
Germe	SP	SP	-	SP	SP	SP
Fx étage antérieur	+	+	+	+	+	-
Brèche ostéo-méningée	+	-	+	+	+	+
Fermeture de la brèche OM	+	-	+	+	+	+
Récidive	-	-	-	-	-	-
Séquelle	-	+	-	-	+	-

P 042. LA PNEUMOPATHIE VARICELLEUSE DE L'ADULTE IMMUNOCOMPETENT : A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : NADER BEN OTHMEN*, MOHAMED FEKI, RADHIA KHOUDI, INÈS ELIDI, HEDI CHARRADA, MECHAAL BEN ALI.

Service d'anesthésie réanimation. CHU Mohamed Taher Maamouri de Nabeul.

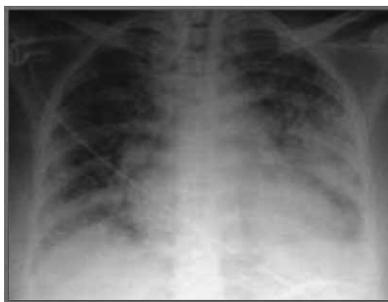
Introduction : La varicelle est une maladie éruptive très fréquente et habituellement bénigne chez l'enfant sain. Chez l'adulte, elle peut s'accompagner de complications multi viscérales, dont la pneumonie varicelleuse est la plus fréquente. L'incidence de l'atteinte pulmonaire est estimée entre 5 et 50%. Le risque d'atteinte pulmonaire au cours de la varicelle est 25 fois plus élevé chez l'adulte que chez l'enfant.

Matériels et méthodes : A travers une observation de pneumopathie varicelleuse ayant nécessité le recours aux soins intensifs, nous essayons d'analyser l'aspect diagnostique et thérapeutique de cette pathologie rare.

Observation : Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 45 ans, immunocompétent, grand tabagique, qui s'est présenté aux urgences dans un tableau de pneumopathie infectieuse quelques jours après une infection cutanée à Varicelle. La notion de contagé était au premier plan (3 filles malades) et le patient a été initialement hospitalisé au service de pneumologie. Le diagnostic de pneumopathie infectieuse a été retenu sur des signes fonctionnels (toux, fièvre), cliniques (polypnée, râles ronflants), radiologiques (syndrome alvéolo-interstitiel diffus) et biologiques (syndrome inflammatoire biologique). L'étiologie varicelleuse de cette pneumopathie a été évoquée devant des éruptions cutanées vésiculo-pustuleuses prurigineuses caractéristiques de l'infection à Varicelle. La prise en charge au service de pneumologie s'est résumée à une bonne hydratation, au contrôle de la fièvre et au démarrage d'un traitement viral par Acyclovir à la dose de 10 mg/kg/8 h en IV.

L'évolution après 24 heures a été marquée cliniquement par la survenue d'une détresse respiratoire aiguë (dyspnée, signes de lutte respiratoire et hypoxémie : $\text{PaO}_2=55\text{mmHg}$) et biologiquement par le développement d'une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle (créatinine=132, urée=16) ayant nécessité son transfert au service de réanimation. Il a été intubé et mis sous ventilation mécanique en mode ventilation assistée contrôlée. Un traitement antibiotique (Amoxicilline + Acide clavulanique) a été démarré devant la suspicion de surinfection bactérienne en plus du traitement antiviral. Ceci a permis la stabilisation de l'état respiratoire du patient. L'évolution biologique et radiologique était favorable au bout de 72 heures de réanimation avec nettoyage radiologique et restitution d'une bonne fonction rénale. Le patient a été extubé au 4^{ème} jour et le traitement antiviral par voie orale était poursuivi jusqu'au 15^{ème} jour.

Conclusion : La pneumopathie varicelleuse est une complication fréquente et redoutable au cours de l'infection par le virus de la varicelle chez l'adulte, elle peut être rapidement fatale lorsqu'elle survient sur un terrain immunodéprimé. Le traitement antiviral par Acyclovir donne d'excellents résultats.



P 043. IMPACT DE LA PRESCRIPTION D'UNE ANTIBIOTHERAPIE AU COURS DES EABPCO TRAITEES PAR VNI

AUTEURS : TILOUCHE N, NOUIRA H, BEN SIK ALI H, YAACOUBI S, GHARBI R, FEKIH HASSEN M, ELATROUS S.

Service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Les sociétés savantes recommandent clairement l'utilisation des antibiotiques au cours des exacerbations aiguës modérées à sévères de BPCO (EABPCO) en se basant sur quelques études hétérogènes et faites majoritairement en pneumologie. Dans la littérature, très peu d'études ont évalué cette prescription au cours des EABPCO traitées par VNI.

Objectifs : étudier l'impact sur la morbi-mortalité et l'échec de la VNI d'une antibiothérapie prescrite au cours des exacerbations aiguës de BPCO.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective réalisée entre Janvier 2008 et Décembre 2015 dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia. Nous avons inclus Tous les patients hospitalisés pour une EABPCO nécessitant une VNI. Tous les BPCO ayant présentées un échec de la VNI dans les 48 premières heures ou ayant eu une intubation dès l'admission ont été exclues. Deux groupes ont été individualisés : un groupe de patients ayant été traité par une antibiothérapie empirique à la discrétion du médecin et un deuxième groupe n'ayant pas reçu d'antibiotiques à l'admission. Le critère de jugement principal est l'échec de la VNI. Les critères de jugement secondaires sont : La rechute à J28 et à J90, la survenue d'une PAVM, la durée de VNI, la mortalité en réanimation et la durée de séjour en réanimation.

Résultats : Durant la période de l'étude, 162 patients ont été hospitalisés chez qui nous avons analysé 232 épisodes d'EABPCO traitées par Une VNI pour une durée supérieure à 48 heures. L'âge médian était de 70 ans [IQR 61 – 77]. Le nombre de patients ayant reçu une antibiothérapie a été de 98 (42%). Comparés aux patients n'ayant pas reçu d'antibiothérapie initiale, les patients traités étaient significativement plus âgés, avaient des expectorations purulentes (68% vs 40% $p < ,0001$), et avaient Anthonisen I (49% et 29%, $p < 0.000$). Le taux d'échec de la VNI a été similaire entre le deux groupes (21% vs 18.6%, $p=0.62$). Tous les critères de jugement secondaire ont été similaires entre les deux groupes. La mortalité dans le groupe était de 8% et de 6% dans l'autre groupe $p=0.56$. En analyse multivariée, le score de gravité SAPSII [OR= 1.07 (1.02 – 1.12), $p=0.004$], la valeur de la PaCO_2 [OR= 1.04 (1.01 – 1.07), $p=0.004$], le taux de CRP [OR= 1.01 (1 – 1.02), $p=0.034$] et un score de glasgow inférieur à 11 [OR= 0.009 (0 – 0.65), $p=0.009$] étaient des facteurs indépendamment associés à l'échec de la VNI.

Conclusion : La prescription d'une antibiothérapie au cours des EABPCO traitées par une VNI ne semble pas avoir d'effet bénéfique sur la réussite de la VNI. Le degré d'altération de l'état neurologique, la gravité à l'admission, la valeur de la CRP et la pCO_2 initiale sont des facteurs prédictifs d'échec de la VNI.

P 044. IMPACT DE LA SURVENUE DE PNEUMOPATHIE ACQUISE SOUS VENTILATION MECANIQUE SUR LE DEVENIR DES PATIENTS ADMIS EN REANIMATION

AUTEURS : YAACOUBI S*, BEN SIK ALI H, MATEUR H, MANEL Z, GHARBI R, TILOUCHE N, FEKIH HASSEN M, ELATROUS S.

Service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar Mahdia

Introduction : Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) sont définies par la survenue d'une infection du parenchyme pulmonaire après 48 heures au moins de la mise en route de la ventilation mécanique invasive. Elles figurent au second rang des infections nosocomiales après les infections urinaires et arrivent au premier rang en réanimation puisqu'elles compliquent l'évolution de 8 à 28% des patients ventilés. OBJECTIF : Déterminer l'impact de la survenue de PAVM sur le devenir des patients.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique réalisée sur une période de trois ans au service de Réanimation Médicale à l'hôpital Taher Sfar Mahdia incluant les patients ventilés mécaniquement pour une durée > 48 heures. Les paramètres recueillis étaient les caractéristiques démographiques, les scores de gravité (SAPS II et APACHE II), le motif de recours à la VM, le délai de survenue et les germes responsables des PAVM, la durée de VM, la durée de séjour et la mortalité en réanimation.

Résultats : Deux cents soixante-six patients étaient inclus dans l'étude. L'âge médian était de 68 ans (IQR : 54-75) avec une prédominance masculine (70% des cas). Le SAPS II et l'APACHE II médians étaient de 44 (IQR : 33-59) et 21 (IQR : 16-27) respectivement. Soixante-deux patients (23%) avaient présenté une PAVM avec un délai médian de 8 jours (IQR : 6-16). Les germes les plus fréquemment isolés au cours des PAVM étaient *Acinetobacter baumannii* dans 60% des cas et *Pseudomonas aeruginosa* dans 16% des cas. Les PAVM étaient tardives chez 79% des patients et polymicrobiennes dans 5% des cas. L'antibiothérapie était adaptée dans 79% des cas. Les patients avec et sans PAVM étaient comparables en terme de gravité à l'admission évaluée par les scores SAPS II et APACHE II. Ceux ayant présentés une PAVM étaient plus jeunes (58±19 vs 64±17 ans, (p=0,003). Le lieu d'intubation, l'exposition aux antibiotiques ainsi que l'alimentation entérale étaient comparables entre les deux groupes avec et sans PAVM. La survenue d'une PAVM était associée à une augmentation significative de la durée de VM (25±18 jours vs 9±8 jours ; p<0,001) et la durée de séjour (31±20 jours vs 13±14 jours ; p<0,001). Cependant, la mortalité était comparable entre les 2 groupes (37% vs 31% ; p=0,4).

Conclusion : Notre étude a montré la prédominance de *Acinetobacter baumannii* aussi bien dans les PAVM précoces que tardives. La survenue d'une PAVM était associée à une augmentation significative de la durée de VM et la durée de séjour mais absence de surmortalité.

P 045. IMPACT DE L'ANTIBIOTHERAPIE SUR LE PRONOSTIC DES PATIENTS ADMIS EN REANIMATION POUR EXACERBATION DE BPCO

AUTEURS : BEN SIK ALI H, MATEUR H, TALIK I, TILOUCHE N, YAACOUBI S, JAOUED O, GHARBI R, FEKIH HASSEN M, ELATROUS S.

Service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar Mahdia.

Introduction : La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une pathologie fréquente qui représenterait la 3^{ème} cause de mortalité à l'échelle mondiale d'ici 2020. Son évolution est entrecoupée d'épisodes d'aggravation aiguë des symptômes habituels au-delà des variations quotidiennes appelés exacerbations aiguës (EABPCO) qui peuvent indiquer une admission en réanimation dans les formes les plus graves. La prescription des antibiotiques dans la prise en charge des EABPCO demeure un sujet d'actualité et de controverse. OBJECTIF : Déterminer l'impact de la prescription des antibiotiques sur le pronostic des patients admis en réanimation pour EABPCO.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte, rétrospective, mono centrique réalisée sur une période de dix ans entre Janvier 2003 et Décembre 2012 au service de réanimation médicale de l'E.P.S. Taher Sfar Mahdia. Les patients étaient choisis à travers d'une base de données informatisée du service. Le recueil des données était effectué en consultant les dossiers médicaux des patients présentant comme diagnostic principal ou premier diagnostic secondaire à leurs admissions en réanimation, une EABPCO. Les paramètres recueillis étaient les caractéristiques démographiques, les co-morbidités, les scores de gravité (SAPS II et APACHE II), les données de la gazométrie artérielle à l'admission, la prise en charge des patients en réanimation (modalités ventilatoires, prescription des antibiotiques) et leur devenir (incidence des infections nosocomiales, durée de séjour et mortalité en réanimation).

Résultats : Durant la période de l'étude 293 patients d'âge médian 71 ans (IQR : 64-76) avec un SAPS II et APACHE II médians de 30 (IQR : 22-41) et 17 (IQR : 13-22) respectivement, étaient admis pour EABPCO. Vingt-quatre pour cent des patients étaient sous oxygénothérapie de longue durée. Le pH médian à l'admission était à 7,30 (IQR : 7,24-7,35) et la capnie médiane à 73 (IQR : 60-86). La VNI était utilisée chez 64% des patients. Une antibiothérapie a été prescrite chez 201 patients (69%). Il s'agissait de l'association Amoxicilline-acide clavulanique dans 70 des cas. Le taux d'échec de la VNI était de 30% et la mortalité globale était de 12%. Les patients ayant reçu une antibiothérapie pour leur EABPCO et ceux n'ayant pas eu d'antibiothérapie étaient comparables en termes d'âge, de comorbidités, de sévérité de l'acidose hypercapnique. De même, Les taux d'échec de la VNI, la durée de séjour et la mortalité étaient similaires entre les deux groupes de patients.

Conclusion : Notre étude a montré que la prescription d'une antibiothérapie dans le cadre des EABPCO ne semble pas améliorer le pronostic de ces patients.

P 046. MILIAIRE TUBERCULEUSE ET EMBOLIE PULMONAIRE : A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : S. HABACHA, F. BEN DAHMEN, M. MROUKI, Y. CHERIF, S. HAMROUNI, M. ABDALLAH.

Service de médecine interne, hôpital régional de Ben Arous Yesminet.

Introduction : La prévalence de l'association tuberculose et maladie veineuse thromboembolique est de 0,6 à 10% (1). Bien que la tuberculose soit considérée comme un facteur favorisant l'hypercoagulabilité, cette association est rarement décrite dans la littérature. Nous rapportons le cas d'une miliaire tuberculeuse associée à une maladie thromboembolique.

Observation : Patiente âgée de 43 ans, sans antécédents pathologiques notables, a consulté pour une fièvre évoluant depuis un mois avec une toux sèche, un ballonnement abdominal et une constipation non améliorés par un traitement symptomatique. A l'examen : état général altéré, fièvre à 40°C, fréquence respiratoire à 26 c/min, auscultation pulmonaire normale, stable sur le plan hémodynamique, pas de signes d'insuffisance cardiaque, avec à l'électrocardiogramme une tachycardie à 100 bpm isolée. Le bilan biologique était normal en dehors d'une CRP à 195 mg/ et d'une anémie hypochrome microcytaire à 8,9 g/dl. Le taux de la procalcitonine était normal. Les sérologies des hépatites B, C et de l'HIV étaient négatives. L'IDR à la tuberculine ainsi que la recherche de BK dans les crachats étaient négatives. La radiographie thoracique a montré un aspect évocateur de miliaire tuberculeuse. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a objectivé une miliaire pulmonaire, de multiples adénopathies hypo-denses sous diaphragmatiques, une embolie pulmonaire proximale gauche, une thrombose d'une veine ovarienne gauche et des nodules spléniques supéro-postérieurs. La recherche d'une thrombophilie constitutionnelle, d'un syndrome des anti-phospholipides ou d'une autre étiologie était négative. La patiente a été mise sous un traitement antituberculeux associé aux anticoagulants avec une bonne évolution clinique et biologique.

Discussion : La particularité de notre observation était dans l'association d'une forme à dissémination hématogène de l'infection, à une forme atypique de thrombose veineuse profonde (veine ovarienne), et à une embolie pulmonaire. L'embolie pulmonaire pourrait être pauci-symptomatique, tel était le cas de notre patiente. Le bilan de thrombophilie négatif vient appuyer l'hypothèse de l'implication de la tuberculose dans la genèse de l'hypercoagulabilité.

Conclusion : L'association tuberculose maladie thromboembolique n'est pas rare. L'embolie pulmonaire pourrait être pauci-symptomatique, ce qui laisse poser la question sur la nécessité de rechercher systématiquement les éventuelles complications thromboemboliques au cours de la maladie tuberculeuse.

Références :

1). Ben Amar, B. Dahri, Maladie veineuse thromboembolique au cours de la tuberculose, Revue de pneumologie clinique, 2015

P 047. INCIDENCE OF NOSOCOMIAL PNEUMONIA IN THE ICU

AUTEURS : CHAIEB IMEN*, SOUISSI IHEB, SOUDI FADI, BARHOUMI HAFEDH.

Service d'anesthésie réanimation, hôpital ibn el jazzar kairouan

Introduction : the ventilator- assisted pneumonia (VAP) ; the leading cause of ICU infection ; remains an important cause of morbidity , mortality and increased health –care costs in patients who are mechanically ventilated . The increased incidence of VAP is influenced by the severity of patients and the frequently use of invasive mechanically ventilation. The aim of this study was to analyze the ventilator- assisted pneumonia (VAP) in the intensive care unit at CHU IBN EL JAZZAR of Kairouan.

Material and methods : This is a longitudinal descriptive study of incidence including patients hospitalized in our department in a period of one year : from 1/3/2014 to 28/2/2015. All patients with mechanical ventilation over 48 hours were included whatever they were infected or not . Monitoring stops when the patient leaves or dies.

Results : The study included 280 patients, whose mean age was 40 + -20 years (range,2-93 years) and sex ratio was 2.5. Seventy (70) pneumonia episodes were seen in sixty-six mechanically ventilated patients.The incidence density was 60,1 for 1000 days of mechanical ventilation. Nosocomial pneumonia were emerged after a period of 5 +/- 3 days from the admission and 4 +/- 3 days from the beginning of mechanical ventilation. The Diagnosis is confirmed by the results of protected distal endotracheal aspirates cultures in 73 % of cases. *Aeuroginosa Pseudomonas*, *Klebsiella Pneumonia* and *E coli* were found in 66% of cases.

Conclusion : In summary , the long-term solution to this problem is to set up as soon as a prevention strategy which based on the strict application of hygienic and aseptic technique, the good management of antibiotics prescription ; and on the implementation of clinical best practices in health care.

P 048. FACTEURS DE RISQUE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN MILIEU DE REANIMATION

AUTEURS : CHAIEB IMEN*, INES BAKARI,FADI SOUDI, BARHOUMI HAFEDH.

Service d'anesthésie réanimation, hôpital ibn el jazzar kairouan

Introduction : Les infections associés au soins ou infections nosocomiales présentent un fléau de santé publique engendrant un accroissement du risque de morbi-mortalité, une augmentation de la durée de séjour et d'un surcout hospitalier. Notre étude consiste à déterminer l'incidence et les facteurs de risques des infections nosocomiales en milieu de réanimation.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive longitudinale d'incidence incluant les patients hospitalisés dans le service des soins intensifs Aghlabites (l'hôpital Ibn EL jassar de Kairouan) pendant l'année 2015. On a inclus dans notre étude tous les patients hospitalisés dans notre service ayant dépassées 48 heures.

Résultat : L'enquête a inclus 300 patients parmi 556 hospitalisés durant la période d'étude soit 53,9% ; Nous avons identifié 125 épisodes d'infections nosocomiales chez 81 malades soit une incidence de 47,16%. La densité d'incidence était de 55 infections pour 1000 jours d'hospitalisation. Pour les 81 malades qui ont présenté une (ou plusieurs) infections nosocomiales l'âge moyen de ces patients était de 44±20 ans avec des extrêmes allant de 3 à 89 ans et le sexe ratio a été de 2,6 ; 53% de ces patients ont été admis par le biais des urgences (65.40%) ; la traumatologie était le premier motif d'hospitalisation pour (54.3% des cas). Seulement 37% des patients ayant des facteurs prédisposant à l'immunodépression ont présenté une infection nosocomiale. 68% des patients infectés ont eu un score IGS II > 20. Cent vingt-cinq épisodes infectieux ont été enregistrés dans notre étude soit un ratio infection/ infecté de 1,54. Les infections pulmonaires étaient les plus fréquentes avec 71 épisodes soit 52 % des IN suivies par les infections urinaires (19%) et les infections liées aux cathéters centraux (13%). Parmi les 125 épisodes infectieux détectés lors de cette enquête, 110 ont pu être documentés (88% des cas). Les microorganismes les plus souvent isolés étaient des bacilles gram négatifs dans 80% des cas.

Le *Pseudomonas Aeruginosa*, la *klebsiella Pneumoniae* et l'*Echerichia Coli* étaient retrouvés dans 66% des cas.

Conclusion : Les patients hospitalisés en milieu de réanimation constitue un groupe à haut risque d'acquisition des infections nosocomiales. Ce risque élevé est en rapport avec la gravité de l'état initiale et les procédures invasifs des soins.

P 049. MEDIASTINITES NECROSANTES DESCENDANTES : EPIDEMIOLOGIE ET PROFIL BACTERIOLOGIQUE.

AUTEURS : SEHLI A*, TOUAIBIA M, FRIAA A, DRIDI A, OUERGHI S, MESTIRI T.

Département d'anesthésie réanimation. Hôpital A MAMI ARIANA.

Introduction : Les mediastinites nécrosantes descendantes sont des affections rares mais graves, grevées d'une lourde mortalité entre 30 et 40%. Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques ainsi que le profil bactériologique de ces affections.

Matériels et méthodes : c'est une étude rétrospective incluant les patients opérés pour cellulite cervico-faciale avec extension médiastinale entre 1996 et 2016.

Résultats : 25 patients d'âge moyen 61 ans, 20 hommes et 5 femmes. 11 étaient diabétiques, un était sous corticothérapie et colchicine pour maladie de Behçet. 2 étaient mis sous anti-inflammatoires non stéroïdiens et 3 étaient sous corticoïdes trois à quatre jours avant l'épisode infectieux. La porte d'entrée était dentaire dans 15 cas, pharyngée dans 7 cas et une parotidite dans deux cas. Une antibiothérapie était prescrite dans 9 cas en moyenne pendant une semaine avant l'apparition des signes en faveur de la mediastinite. L'acide clavulanique était prescrit dans 4 cas, associé au flagyl dans 2 cas, associé à la gentamycine dans un cas et à l'ofloxacine dans un cas. Dans 3 cas le patient était mis sous pénicilline G associée au flagyl dans un cas et à la gentamycine dans 2 cas. Seul un patient a eût du claforan associé à la gentamycine et au flagyl. 11 patients présentaient une détresse vitale à l'admission, respiratoire seule dans 5 cas, associée à une instabilité hémodynamique dans 6 cas. 3 patients étaient d'emblée en état de choc septique. Tous les patients étaient opérés avec cervicotomie, associée à une thoracotomie dans 5 cas. Le contrôle des voies aériennes a nécessité une trachéotomie première chez 3 patients. La chirurgie était sans délai dans 13 cas, retardée d'un jour dans 10 cas et de 2 jours dans deux cas.. Le germe le plus fréquemment isolé était le streptocoque chez 7 patients. Le staphylocoque était isolé chez 4 patients, multiS dans 2 cas. Dans 15 cas, aucun germe n'a été isolé. 15 patients ont nécessité la mise sous catecholamines en postopératoire immédiat avec une intubation et une ventilation mécanique. 6 patients ont été repris avec un délai moyen de 10 jours. L'issue était fatale dans 8 cas, soit dans 32% des cas, avec un délai moyen de 10 jours, dans un état de choc septique chez 4 parmi eux. La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 jours.

Discussion et conclusion : Les mediastinites nécrosantes descendantes sont liées aux terrains diabétiques, immunodéprimés et aux patients mis sous antibiothérapie probabiliste. Le profil épidémiologique est non-univoque rendant le choix de l'antibiotique difficile. D'où l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire sans délai.

P 050. TUBERCULOSE ATYPIQUE : A PROPOS DE 7 CAS

AUTEURS : MAMA M⁽¹⁾, CHERIF Y⁽¹⁾, MBAREK K⁽²⁾, MROUKI M⁽¹⁾, HABACHA S⁽¹⁾, BEN DAHMEN F⁽¹⁾, ABDALLAH M⁽¹⁾.

1) Service de Médecine Interne, hôpital régional de Ben Arous- Yesminet

2) Service des consultations externes, hôpital régional de Ben Arous- Yesminet

Introduction : La tuberculose (TBC) reste une infection endémique en Tunisie. Le diagnostic n'est pas toujours facile devant un tableau radio-clinique trompeur. Objectif : Discuter les difficultés diagnostiques de la TBC face aux formes atypiques.

Patients et méthodes : Etude rétrospective de 7 patients suivis dans le service de Médecine interne. Nous avons recueilli les données cliniques, biologiques et morphologiques des dossiers. Tous nos patients ont bénéficié d'une radiographie du thorax et d'une TDM thoracique. La confirmation de la TBC était faite par la mise en évidence de bacille de Koch dans les crachats et/ou par l'étude histologique.

Résultats : Nous avons colligé 2 hommes et 5 femmes sans antécédents pathologiques notables ni notion de contagage tuberculeux. L'âge moyen était de 40 ans (21-59 ans). Tous les patients avaient une atteinte pulmonaire. Trois parmi eux avaient une atteinte de la base pulmonaire et 2 patients avaient un aspect pseudo-tumoral de siège apical dans 1 cas et lobaire moyen dans l'autre cas. Un patient avait de multiples abcès pariétaux avec une atteinte des arcs costaux. Deux patients avaient une TBC oculaire : 1 cas de dacryoadénite tuberculeuse et 1 cas de nodules cotonneux. Les patients avec atteinte oculaire avaient une baisse de l'acuité visuelle dans 1 cas et une tuméfaction palpébrale dans l'autre cas. Trois parmi 7 patients avaient des signes d'imprégnation tuberculeuse évoluant depuis 6 mois. La recherche de BK dans les crachats était positive dans 5 cas. L'imagerie thoracique a objectivé une cavité basale dans 3 cas, une atélectasie des lobes moyens et inférieurs dans 1 cas, un aspect de miliaire dans 1 cas, une volumineuse masse médiastinale culminale associée à un bourgeon hypervasculaire de la bronche souche gauche dans 1 cas, de multiples collections de la paroi thoracique dans 1 cas. L'examen anatomopathologique était contributif dans 2 cas. Tous ces patients avaient une sérologie VIH négative. La quadrithérapie était efficace dans tous les cas avec un recul moyen de 30 mois.

Conclusion : Nos cas illustrent la difficulté de diagnostic de TBC. Les atteintes de l'œil, de la paroi thoracique, des bases pulmonaires et la forme pseudo-tumorale sont rares. Elles entrent généralement dans le cadre d'une TBC multifocale. L'étude histologique est l'examen clé pour le diagnostic. La quadrithérapie, dans la plus part des cas, est efficace comme c'était le cas chez nos patients.

P 051. PANCREATITE AIGUE D'ORIGINE HYDATIQUE : A PROPOS D'UN CAS.

AUTEURS : BEN GHEZALA H*, SNOUDA S, KADDOUR M, BEN CHEIKH I.

Service universitaire des urgences et de réanimation médicale. Hôpital régional de Zaghuan.

Introduction : Les pancréatites aiguës sont des maladies fréquentes et potentiellement mortelles. Les étiologies sont nombreuses dominées par la lithiase de la voie biliaire principale et l'intoxication alcoolique (80 % des cas). D'autres causes plus rares peuvent être rencontrées. Dans ce cadre, nous rapportons le cas d'une pancréatite aiguë secondaire à un kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. Cette observation permet de rappeler les aspects diagnostiques de cette entité rare du kyste hydatique et ses modalités thérapeutiques.

Observation : Un patient âgé de 47 ans, issu d'un milieu rural sans antécédents pathologiques, était admis en urgence pour des épigastralgies intenses, transfixiantes, accompagnées des vomissements et un ictère, sans troubles de transit, ni hémorragie digestive. A l'examen clinique, on a trouvé une température à 37.2°C, un ictère conjonctival, une sensibilité épigastrique, une pression artérielle à 130/80 mm Hg et un pouls à 85 battement par minute. Les examens biologiques révélaient : une hyperleucocytose à 18400 éléments/mm³, une glycémie à 11.15 mmol/l, une fonction rénale conservée, un taux de LDH est normal, et un taux de prothrombine normale. L'amylasémie était à 28 fois la normale, les phosphatases alcalines à trois fois la normale, les transaminases à quatre fois la normale, la bilirubinémie totale à quatre fois la normale, et la bilirubinémie direct à 15 fois la normale. L'échographie abdominale montrait au niveau du hile hépatique, une formation kystique de 79 mm de grand axe, à paroi propre et régulière, présentant un contenu multivésiculaire. Le pancréas était globalement tuméfié, hypoéchogène, avec un canal de Wirsung de diamètre mesuré à 3,5 mm. Il n'y avait pas d'épanchement liquidien intrapéritonéal associé. La TDM abdominale faite 48 heures plus tard permettait de confirmer la PA et de la classer en stade D de Balthazar. La sérologie hydatique était positive (Elisa). Devant ces constatations le diagnostic d'une angiocholite d'origine très probablement hydatique associée à une pancréatite aiguë a été retenu. Le patient a été mis sous triple antibiothérapie et antalgiques. Il a été opéré au bout de 24 h, par voie sous costale droite. Le geste a consisté en une cholécystectomie, une cholangiographie per opératoire et la résection du dôme saillant du kyste après protection du champ opératoire par une solution scolicide faite d'eau oxygénée à dix volumes. Les suites postopératoires étaient simples. L'examen parasitologique confirmait le diagnostic de kyste hydatique. Le patient était mis sous albendazole à la dose de 10 à 12 mg/kg par jour pendant trois mois. Avec un recul de 6 mois, le patient était asymptomatique et les examens morphologiques ne montraient pas de signes en faveur d'une récurrence.

Conclusion : Le traitement des pancréatites aiguës (PA) d'origine hydatique associée, en plus du traitement symptomatique de la PA et de l'angiocholite éventuellement associée, le traitement chirurgical. Il faut insister sur la surveillance clinique, immunologique, radiologique et échographique régulière pendant plusieurs années pour dépister précocement toute récurrence ou apparition secondaire d'autres localisations.

Thème respiratoire

P 052. PREVALENCE ET VALEUR PRONOSTIQUE DE L'ANEMIE AU COURS DES INSUFFISANCES CARDIAQUES AIGUES

AUTEURS : SEDGHIANI I, HAJJAM N*, MAHDHAOUI S, AMRI S, CHERIF MA, EL HECHMI YZ, JERBI Z.

Département urgences réanimation hôpital Habib Thameur, tunis, Tunisie

Introduction : L'anémie est un désordre fréquent dans l'insuffisance cardiaque. Sa présence est associée à une plus grande sévérité des symptômes. Les buts de cette étude sont d'étudier la prévalence et la valeur pronostique de l'anémie chez des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque aigüe (ica).

Patients et méthodes : Etude rétrospective incluant les patients hospitalisés pour ica à l'UHCD entre août 2013 et août 2015. Nous avons exclu les patients ayant des manifestations hémorragiques. L'anémie est définie par une hémoglobine < 12 g/dl pour les femmes et 13 g/dl pour les hommes.

Résultats : Nous avons colligé 81 patients, âgés de 70±11 ans avec un sex ratio=1,1. La prévalence de l'anémie était de 58%.

Conclusion : La prévalence de l'anémie chez les insuffisants cardiaques est élevée. Elle est plus marquée chez les sujets à fonction rénale altérée et est corrélée à une durée d'hospitalisation plus longue.

	a (n=47)	na (n=34)	p
age	71±11	69±11	0,38
sexe ratio (h/f)	0,95	1	0,92
hta	38 (80%)	22 (64%)	0,14
diabète	29 (61%)	15 (44%)	0,15
insuffisance cardiaque chronique	9 (19%)	13 (38%)	0,04
insuffisance rénale chronique	15 (32%)	2 (5%)	0,005
crp (mg/l)	35	19	0,43
urée (mmol/l)	18±9	12±9	0,01
créatinine (µmol/l)	176	108	0,004
durée de vni	3	1	0,60
durée d'hospitalisation (j)	3	2	0,004
décès	6 (12%)	3 (8%)	0,74

P 053. SDRA SEVERE SECONDAIRE A UNE PNEUMOPATHIE VARICELLEUSE : A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : HABACHA S., CHATBRI B., FOUHAILI N., M'RAD A., BLEL Y., BRAHMI N.

Réanimation médicale/ CAMU

Introduction : La varicelle est une maladie infantile bénigne, mais pour l'adulte, elle peut être une maladie sérieuse par l'atteinte pulmonaire. Cette dernière touche les patients immunodéprimés mais aussi les patients immunocompétents. On se propose de rapporter le cas d'une pneumopathie varicelleuse compliquée d'un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) chez un adulte immunocompétent.

Observation clinique : Patient, 46 ans, diabétique sous metformine depuis un an, a présenté une éruption érythémato-vésiculeuse prurigineuse au niveau du visage et de tout le corps avec une fièvre, des frissons et des céphalées. Devant l'absence d'amélioration, le patient a consulté à J4 un médecin généraliste qui a retenu le diagnostic d'une varicelle et qui l'a mis sous aciclovir 1g X 3/j. A J6 de l'évolution et à J2 du traitement antiviral, il a présenté une dyspnée, et des douleurs thoraciques qui l'ont amené à consulter en urgence. Le patient a été admis au service d'infectiologie. Quelques heures après, il s'est aggravé sur le plan respiratoire, d'où il a été adressé à notre service. A l'examen : conscient, fébrile à 39°C, présentant des lésions vésiculeuses d'âges différents (vésicules, pustules, croûtes...) diffuses, polypnéique à 38 c/min, tirage sus-sternal, balancement thoraco-abdominal, des crépitations diffus bilatéraux à l'auscultation pulmonaire. La saturation périphérique sous 15 L d'O₂ était à 91%. Il était stable sur le plan hémodynamique, et il n'avait pas de signes d'insuffisance cardiaque. A la biologie : rapport gazométrique à 98 mmHg sous ventilation non invasive (VNI) (PEEP à 6 cm H₂O, FiO₂ à 0,6), pro-BNP négatif à 32 ng/L, hyperglycémie à 13 mmol/L, hyperleucocytose à 15 120 élé/mm³, CRP à 210 mg/L, procalcitonine négative. La sérologie HIV était négative, ainsi que celle du Varicelle-Zona-Virus (VZV), à noter qu'elle a été pratiquée à J7 d'évolution. La radiographie de thorax a montré des images alvéolo-interstitielles bilatérales diffuses. Le diagnostic d'un SDRA sévère secondaire à une pneumopathie varicelleuse a été retenu. Le patient a été intubé, ventilé, sédaté et curarisé. Il a été ventilé avec : volume courant à 6 ml/kg, fréquence respiratoire à 28 c/min, PEEP à 12 cm H₂O et FiO₂ à 0,6 puis rapidement à 0,4. Il avait une SpO₂ à 93-95%, un rapport gazométrique à 200 mm Hg, il avait des pressions de plateau aux alentours de 28 cm H₂O et il n'avait pas d'auto-PEEP. Il a par ailleurs été mis sous aciclovir 1gX3/j par voie intra-veineuse. Au bout de 72h, on a pu diminuer les niveaux de PEEP à 8 cm H₂O. Le sevrage était progressif, surtout que le patient a présenté une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique à *Acinetobacter baumannii* sensible à l'imipénème. Le patient a été extubé à J12 de l'intubation. Il a nécessité quelques séances de VNI les premières 72h. Il a été sevré de l'oxygène 48h après. L'aciclovir a été arrêté après une durée totale de 15j. Le patient a été mis sortant à J19 d'hospitalisation.

Conclusion : La pneumopathie varicelleuse est une complication redoutable. Le vaccin anti VZV permettrait de protéger des formes graves chez les patients immunocompétents.

P 054. MANAGEMENT OF ACUTE EXACERBATIONS OF OBESITY-HYPOVENTILATION SYNDROME (AE/OHS) : TOWARD AN EARLY GOAL-DIRECTED THERAPY ALGORITHM.

AUTEURS : JIHENE AYACHI⁽¹⁾, AHMED KHEDHER⁽¹⁾, RAHMA BEN JAZIA², KHAOULA MEDDEB⁽¹⁾, RANIA BOUNEB⁽¹⁾, SANA AISSA², HALIMA BEN SALEM², IMEN GARGOURI², MOHAMED BENZARTI², AHMED ABDELGHANI², MOHAMED BOUSSARSAR^(1,3).

^{1/} Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached Hospital, Sousse.

^{2/} Pulmonology department, Farhat Hached Hospital, Sousse.

^{3/} Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse

Introduction : After 60 years of its first description in 1955, OHS remains a curiosity. Responsible for a large proportion of chronic respiratory failure, it is commonly diagnosed on the first hypercapnic acute exacerbation. It opposes diagnostic and therapeutic challenges to the clinician. Objective : To identify prognostic factors related to AE/OHS. To design an early goal-directed therapy algorithm for the management of AE/OHS.

Methods : A retrospective study over a 13 years period (2002-2014). Were analyzed clinical, therapeutic and outcome characteristics. Univariate and multivariate analyses were performed to identify factors independently associated to ICU mortality.

Results : One hundred patients were included. 50% of patients required immediate invasive mechanical ventilation. NIV was only possible in 44%, in whom 31.8% failed within $85.57 \pm 156,73$ hrs. 37% of patients required diuretics and 25% inotropic agents. Overall ICU mortality was 39%. Hypercapnic encephalopathy grade, NIV failure and use of inotropic agents were factors independently associated with mortality. Static and dynamic hypercapnic encephalopathy grade, diuretics and inotropic agents were integrated to design an early goal-directed therapy algorithm.

Conclusion : This comprehensive study demonstrated a poor outcome of AE/OHS. This could be improved by the implementation of an early goal-directed therapy algorithm.

P 055. NON-INVASIVE VENTILATION IN ACUTE EXACERBATIONS OF OBESITY-HYPOVENTILATION SYNDROME (AE/OHS).

AUTEURS : JIHENE AYACHI⁽¹⁾, AHMED KHEDHER⁽¹⁾, RAHMA BEN JAZIA², KHAOULA MEDDEB, YAMINA HAMDAROU⁽¹⁾, AHMED ABDELGHANI², IMED CHOUCHE⁽¹⁾, MOHAMED BOUSSARSAR^(1,3).

^{1 :} Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached Hospital, Sousse.

^{2 :} Pulmonology department, Farhat Hached Hospital, Sousse.

^{3 :} Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse

Background : Although NIV is effective in acute hypercapnic COPD-related respiratory failure, its efficacy in AE/OHS has been less demonstrated. Aim : To evaluate efficacy of NIV in AE/OHS. To identify factors associated with poor prognosis in non-invasive-ventilated AE/OHS patients.

Methods : A retrospective analysis of all consecutive patients admitted to ICU for AE/OHS. Clinical, ABG's and outcome characteristics were collected. Factors associated with poor prognosis were identified.

Results : One hundred patients were included over a 13 years period. 44 patients underwent NIV. They were 66.6 ± 12.6 years aged ; BMI, 40.6 ± 7.7 kg/m² ; SAPSII, 29 ± 13 ; pH, 7.33 ± 0.08 ; pCO₂, 69 ± 22 mmHg. They were scored with grade II encephalopathy score on admission. Mean duration of NIV was 5.1 ± 4.4 days. 14(32%) patients failed NIV and were intubated with a delay of 85.6 ± 156.7 hrs. 11(25%) died and length of stay was 10.7 ± 9.5 days. Four factors were significantly associated with mortality, mMRC, (47 vs 14% ; p=0.02) ; encephalopathy score, (60 vs 15% ; p=0.008) ; NIV failure, (64 vs 7% ; p=0.0001) ; inotropic agents, (58 vs 12.5% ; p=0.004).

Conclusion : NIV in AE/OHS demonstrates rather efficient. However delay of intubation seems to be of poor prognostic value.

P 056. DISCREPANCIES IN VENTILATORY SETTINGS : FREQUENCY, TYPOLOGY AND SEVERITY IN A TUNISIAN MEDICAL ICU

AUTEURS : HEDIA HAMMED⁽¹⁾, YAMINA HAMDAROU⁽¹⁾, JIHENE AYACHI⁽¹⁾, NESRINE FRAJ⁽¹⁾, KHAOULA MEDDEB⁽¹⁾, NESRINE SMA⁽¹⁾, AHMED KHEDHER⁽¹⁾, HEND BEN LAKHAL⁽¹⁾, MESSAOUDA KHELFA⁽¹⁾, HAJER HAFSA⁽¹⁾, RAJA BOUKADIDA⁽¹⁾, IMED CHOUCHE⁽¹⁾, MOHAMED BOUSSARSAR^(1,2).

^{1.} Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse.

^{2.} Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse. Tunisia.

Introduction : Mechanical ventilation is a life supporting treatment commonly indicated in patient's ICU. However, discrepancy in ventilatory settings can lead to patient-ventilator asynchrony. This adds a burden on the respiratory system and may increase the morbidity and mortality in the critically ill. The discrepancies in ventilatory settings may be largely underestimated because of a frequent lack of monitoring. Aim : To evaluate frequency, typology and severity of discrepancies in ventilatory settings in a Tunisian medical ICU.

To identify factors associated with patient-ventilator asynchrony.

Methods : An audit observational study was conducted in a 7-beds medical ICU during one month period (August 2016). All consecutive ICU patients requiring invasive or non invasive mechanical ventilation were included. The data collected were : patient's characteristics, initial diagnosis, SAPSII, PaO₂/FiO₂ ratio, type of mechanical ventilation, ventilatory mode, prescribed

ventilatory parameters and interfaces. Were analyzed, peak inspiratory pressure, plateau pressure, auto-PEEP, volume and inspiratory and expiratory flow waveforms. Patient-ventilator asynchrony was defined as : ineffective inspiratory efforts, auto-triggering, delayed cycling, double triggering and inspiratory waveform distortion.

Results : During the study period, were performed a total of 160 ventilatory settings observations. Mean age was 59.9 ± 16.8 years, mean SAPSII score was 36.3 ± 11.1 . 157 (98.1) patients were on invasive mechanical ventilation and 3 (1.9) were on non-invasive mechanical ventilation. $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, 286 ± 115 ; mean peak inspiratory pressure, auto-PEEP and plateau pressure were respectively : 35.5 ± 11.8 ; 8.4 ± 4.5 and 22.0 ± 4.7 cmH₂O.

Discrepancies in ventilatory settings were found in 55 (34.4) patients. 23 (42) patients had frequent patient-ventilator interactions. Ineffective efforts and double triggering were the two most common asynchronies (43.4 and 13.1% respectively). Patient-ventilator interactions were assessed as severe in 9 (16.3). Patient-ventilator asynchronies were associated neither to the severity (SPAS II, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) nor to the respiratory system mechanic (peak inspiratory pressure, autoPEEP, plateau pressure and driving pressure). A simple intervention on the ventilatory settings corrected the asynchronies in all the patients.

Conclusion : The discrepancies in ventilatory settings reveals frequent. Patient-ventilator asynchronies are the most observed discrepancies. This could be the consequence of a frequent lack of monitoring.

P 057. ECHEC DE SEVRAGE VENTILATOIRE D ORIGINE CARDIAQUE ET VARIATION DE L HEMOGLOBINE ET DE LA PROTIDEMIE

AUTEURS : WALID SELLAMI*, ZIED HAJJEJ, MARIEM BOUSSELMY, MOUNA MAAMRI, WALID SAMOUD, IHEB LABBENE, MUSTAPHA FERJANI.

Département d anesthésie réanimation Hôpital militaire de Tunis

Introduction : Les échecs de sevrage ventilatoires d'origine cardiaque peuvent être diagnostiqués par la mise en évidence d'une augmentation des pressions de remplissage ventriculaire gauche à l'échocardiographie. L'œdème pulmonaire hydrostatique peut s'associer à une hémococoncentration résultant d'un mouvement de liquides hypo-oncotiques du compartiment vasculaire vers l'interstitium. Le but de cette étude est de rechercher une corrélation entre d'une part, l'augmentation des protides sanguins et de l'hémoglobine pendant l'épreuve de sevrage, témoin d'une hémococoncentration, et d'autre part des critères échographiques d'augmentation des pressions de remplissage du ventricule gauche.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle s'étalant sur une période de 2 ans du janvier 2014 jusqu'au janvier 2016. Tout patient ayant présenté un échec de sevrage respiratoire a été inclus. Une analyse des variations biologiques et échocardiographiques entre la période précédant l'épreuve de sevrage et la fin de l'épreuve a été effectuée.

Résultats : nous avons inclus 56 patients ayant échoué à leur première épreuve de sevrage. Parmi eux, 20 patients soit 35,7% ont présenté une augmentation des pressions de remplissage à l'échocardiographie lors de leur seconde épreuve de sevrage, avec des rapports E/A supérieurs à 0.95 et E/Ea supérieurs à 8.5 en fin d'épreuve. Parmi ces 20 patients, 12 (60%) ont échoué lors de leur seconde épreuve par comparaison aux 36 patients n'ayant pas présenté d'œdème pulmonaire; ces 12 patients nécessitent un délai supplémentaire de sevrage respiratoire de 2.5 ± 3.7 jours versus 0.75 ± 2.4 jours ($p = 0.023$). Le seul facteur prédictif associé à la survenue d'un œdème pulmonaire est un delta de poids entre l'entrée et l'inclusion positif (4.6 ± 5.6 vs 3.5 ± 7.3 , $p = 0.004$). Il n'y a pas de variation significative de protidémie ni d'hémoglobine pendant l'épreuve de sevrage des patients ayant présenté un œdème pulmonaire ($p = 0.52$).

Conclusion : aucune corrélation entre, d'une part, les variations de protidémie et d'hémoglobine pendant une épreuve de sevrage respiratoire, et d'autre part les critères échocardiographiques d'augmentation des pressions de remplissage du ventricule gauche, n'a pu être mise en évidence. Le delta de poids entre l'entrée et l'inclusion, reflet de la balance hydrique semble être le seul facteur associé à la survenue d'un échec de sevrage respiratoire d'origine cardiaque. Son contrôle pourrait permettre un succès de sevrage plus fréquent et ainsi diminuer le risque de morbi-mortalité par diminution de la durée de sevrage respiratoire et donc de ventilation mécanique.

P 058. SERUM URIC ACID (SUA) AS A PREDICTOR OF MORTALITY AND FUTURE EXACERBATIONS OF PATIENTS HOSPITALIZED FOR SEVERE ACUTE EXACERBATION OF COPD

AUTEURS : KHAOULA MEDDEB⁽¹⁾, AHMED KHEDHER⁽¹⁾, YAMINA HAMDAOUI¹, NESRINE SMA⁽¹⁾, JIHENE AYACHI⁽¹⁾, HEND BEN LAKHAL⁽¹⁾, MESSAOUDA KHELFA⁽¹⁾, HEDIA HAMMED⁽¹⁾, HAJER HAFSA⁽¹⁾, RAJA BOUKADIDA⁽¹⁾, IMED CHOUCHE⁽¹⁾, MOHAMED BOUSSARSAR^(1,2).

¹. Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse.

². Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse. Tunisia.

Introduction : Severe acute exacerbation of COPD (AECOPD) reduces quality of life and represents a major burden for health care systems. SUA is well known to increase during hypoxia and systemic inflammation. This final product of purine degradation is one of biomarkers showing promise in the prediction of outcomes in AECOPD [1].

The aim of this study was to assess the possible role of SUA and SUA/creatinine ratio as biomarkers for the prediction of mortality and future exacerbations of patients hospitalized in intensive care unit (ICU) for severe AECOPD.

Patients and Methods : SUA levels were measured in 59 consecutive eligible patients on ICU admission for severe AECOPD between April 2015 and April 2016. Clinical and functional characteristics were compared between patients with levels below and above the median values of SUA and SUA/creatinine ratio. The primary end-point was all-cause mortality at 30 and 90 days. Secondary outcomes included duration of ICU stay, duration of mechanical ventilation and the number of AECOPD in the six months period after ICU discharge.

Results : On ICU admission, age was 69 ± 11 years ; SAPS II, 30 ± 9 ; SOFA score, was 5.0 ± 2.9 . Median[IQR] pH was $7.31[7.28-7.33]$; PaCO₂, $57[53-69]$ mmHg; PaO₂, $100[73-203]$ mmHg ; PaO₂/FIO₂, 239 ± 101 . 52.5% had NIV with 45% NIV failure. Overall 71.2% had invasive mechanical ventilation and 59.3% received vasopressors. Mean SUA was 342 ± 90 μmol/L ; SUA/creatinine ratio, 4.5 ± 2.1 . SUA levels were higher in patients presenting acute heart failure on admission ($p=0.035$). In addition, SUA/creatinine ratio levels were higher in patients having extended evolution time prior to ICU admission ($p=0.05$) and those having high SOFA score ($p=0.05$). SUA levels were not associated with increased risk for AECOPD in the 6 months period after ICU discharge. High SUA was an independent factor associated to circulatory failure in multivariate Cox regression analysis (HR=12.32, $p=0.037$). In multivariate Cox regression analysis, high SUA/creatinine ratio was an independent predictor of 30-day mortality (HR=15.03, $p=0.032$), and it was also independently associated with acute heart failure (HR=7.08, $p=0.046$).

Discussion : SUA is considered as a useful biomarker in the identification of high-risk patients admitted for mild AECOPD[1-2]. The present study suggests a role of SUA in the prediction of mortality in severe AECOPD associated with heart failure or shock requiring ICU admission.

Conclusion : High SUA was only independently associated to circulatory failure among patients with severe AECOPD. High SUA/creatinine ratio on ICU admission was associated with acute heart failure and was an independent predictor of 30-day mortality in ICU patients with severe AECOPD.

P 059. GRIPPE A (H1N1) : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET EVOLUTIF EN 2016 : A PROPOS DE 6 CAS ADMIS EN REANIMATION

AUTEURS : JALLOUL.F*, BEN ALGIA.N.

Service de réanimation hôpital régional de Gafsa

Introduction : Au cours de la période hivernale 2015-2016, on a hospitalisé au service de réanimation des cas d'insuffisance respiratoire aigue, associant un tableau de fièvre avec SDRA gravissime ne répondant pas à l'antibiothérapie habituelle. L'enquête virologique a trouvé qu'en fait tous les cas étaient en rapport avec une infection par le virus de la grippe A (H1N1).

Matériel et méthodes : Au cours de la période entre le 01 Février et le 30 Avril 2016, nous avons colligé les cas d'insuffisance respiratoire aigue secondaire à une pneumonie virale au virus de la grippe A (H1N1) confirmés par un prélèvement nasopharyngé au laboratoire de virologie de l'hôpital Charles Nicolle. Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été analysées. La gravité initiale a été évaluée par le score SAPS II et SOFA.

Résultats : Durant la période d'étude, six cas ont été inclus. L'âge moyen était de 57 ± 8 ans. Le sexe ratio était de 0,5 (2H/4F). Le SAPS II moyen était de 38 ± 9 . Le SOFA moyen était de 13 ± 2 . Les patients avaient comme ATCDs : un diabète (3 cas), une BPCO (1 cas), une HTA (1 cas) et une hypothyroïdie (1 cas). La présentation clinique a été faite d'un tableau de SDRA avec recours d'emblée à la ventilation mécanique chez cinq patients. Une seule patiente a été hospitalisée initialement au service de pneumologie puis transférée en réanimation après aggravation de l'hypoxie dans un tableau de SDRA secondaire nécessitant la ventilation mécanique. La compliance pulmonaire a été basse pour tous les malades (moyenne de 20 ± 4 ml/cmH₂O) avec un PaO₂/FiO₂ moyen à 101 ± 25 . Le délai moyen de prise en charge était de 7.2 ± 2.8 jours. La prise en charge a compris une antibiothérapie à visée communautaire pour tous les patients. Deux patients ont été mis sous «Osetamivir» (300mg/j). Tous les patients ont été ventilés en mode VAC avec un VT entre 5 et 6 ml/kg et des niveaux de PEEP élevés (10 ± 2 cmH₂O). Deux malades ont reçu une corticothérapie à base de Méthylprednisolone à la dose de 2mg/kg/j. L'évolution a été fatale dans les 48 premières heures pour quatre patients dans un tableau d'hypoxie réfractaire associée chez trois entre eux à un état de choc. Un décès tardif (j16) est survenu chez un patient dans un tableau de fibrose surinfectée par un germe multi résistant. L'évolution n'a été favorable que chez une seule patiente, permettant le sevrage de la VM et le transfert en service de pneumologie.

Conclusion : Depuis la pandémie de 2009, les infections au virus de la grippe A(H1N1) continue à exister sous forme endémique et à engager le pronostic vital surtout des patients multi tarés. Ceci souligne l'importance des mesures de prévention et le diagnostic précoce pour ne pas retarder la prise en charge.

P 060. HEMOPTYSIE MASSIVE REVELANT UN ANEVRYSMES DE RASMUSSEN

AUTEURS : Z. TEYEB⁽¹⁾, M. MROUKI⁽¹⁾, F. BEN DAHMEN⁽¹⁾, YOSRA CHERIF⁽¹⁾, S.HABACHA⁽¹⁾, K. MBAREK⁽²⁾, M. ABDALLAH⁽¹⁾.

¹⁾ Service de médecine interne, Hôpital régional de Ben Arous Yesminet Faculté de médecine de Tunis, université Tunis El Manar

²⁾ Service des consultations externes, Hôpital régional de Ben Arous Yesminet

Introduction : L'hémoptysie est fréquente au cours de la tuberculose pulmonaire. Elle est massive dans 8% des cas causant une mortalité entre 5 et 23%. L'hémoptysie est le plus souvent d'origine artérielle bronchique. En cas de tuberculose active, l'origine artérielle pulmonaire est responsable de l'anévrisme de Rasmussen.

Observation : Un patient âgé de 25 ans a consulté pour une hémoptysie récidivante de faible abondance évoluant depuis 3 mois. Sa mère avait une tuberculose pulmonaire. Il avait une altération de l'état général avec un amaigrissement de 20 kg. Il était fébrile à 38.5°C. La biologie était sans anomalies. Les expectorations ont mis en évidence un Mycobacterium tuberculosis

sensible. Le scanner thoracique a révélé une tuberculose pulmonaire active associée à un anévrisme d'une artère pulmonaire segmentaire correspondant à un anévrisme de Rasmussen. Un traitement antituberculeux a été instauré. A j7 d'hospitalisation, le patient a présenté une hémoptysie massive responsable d'une anémie et d'un état de choc hémorragique. Une embolisation a été réalisée avec un premier temps d'angiographie qui a confirmé l'anévrisme. L'évolution a été marquée par l'amélioration initiale puis la récurrence de l'hémoptysie 10 jours après l'embolisation. Une seconde embolisation a été alors réalisée. Il n'y a pas eu de récurrence de l'hémoptysie à 6 mois après le traitement.

Conclusion : L'anévrisme de Rasmussen est une cause rare d'hémoptysie pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Notre observation est l'occasion de rappeler une complication grave d'une infection fréquente dans un pays endémique.

P 061. SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUE : ETUDE DESCRIPTIVE A TRAVERS UNE SERIE HOSPITALIERE

AUTEURS : T MERHABENE, T KHZOURI, A JAMOSSI, M HASSOUNA, J BEN KHELIL, M BESBES.

Service de réanimation respiratoire, hôpital. A. Mami. Ariana.

Introduction : Malgré Les progrès acquis dans la stratégie ventilatoire du syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA), son pronostic a toujours été considéré sombre. L'objectif de notre travail était d'étudier les différents aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs du SDRA.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, incluant les patients hospitalisés pour SDRA dans le service de réanimation médicale de l'hôpital de l'Ariana, entre janvier 2015 et septembre 2016.

Résultats : 66 patients ont été colligés soit une incidence de 6,5 %. La moyenne d'âge était de 52 ans [18-87] et le sexe ratio de 1,2. Les médianes des scores IGSII et APACH II étaient respectivement 41 et 19. A l'admission, 25% des patients avaient un état de choc et 28% une insuffisance rénale aiguë accompagnée d'une défaillance multiviscérale. Le PH moyen était de 7,35 [6,9-7,5] et la moyenne du rapport PaO₂/FiO₂ était de 114 [35-261]. Le SDRA était classé sévère dans 48,5%, moyen dans 40,9% et léger dans 10,60% des cas. Une pneumopathie infectieuse était la cause la plus fréquemment retrouvée (81%). L'origine était bactérienne dans 62% des cas, virale dans 24%, parasitaire dans 11% et fongique dans 1,8%. Tous les patients ont bénéficié d'une échographie cardiaque. Elle a montré un cœur pulmonaire aigu chez 18 % des patients. La moyenne de la PAPS était de 29 mmHg [15-80] et celle de la TAPSE à 2,1 [1- 2,9]. Tous les patients étaient ventilés mécaniquement, celle-ci était initialement non invasive dans 59% des cas. Les moyennes de la pression télé expiratoire positive, de la fréquence respiratoire et de la pression de plateau étaient respectivement de 10 cm H₂O [0- 18], de 20 c/min [16,36] et de 23 cm H₂O [19-47]. Le recours aux curares était nécessaire dans 48% des cas, au décubitus ventral dans 45% et aux amines dans 69%. Le monoxyde d'azote a été utilisé chez deux patients. L'évolution était marquée par la survenue d'infection nosocomiale chez 36 % des patients et d'une insuffisance rénale aiguë dans 16% des cas. Les durées moyennes de ventilation mécanique était de 8 jours [1-46] et de séjour en réanimation était de 11j [1- 57]. Le taux de mortalité observé était de 74%. La cause la plus fréquemment retenue était une hypoxémie réfractaire avec un syndrome de défaillance multiviscérale (54%). L'analyse multivariée a montré que les facteurs indépendants prédictifs de mortalité étaient le recours à la ventilation invasive, aux amines, au décubitus ventral et une pression de plateau \geq 27 cmH₂O.

Conclusion : La mortalité du SDRA reste élevée, elle survient le plus souvent dans un tableau de défaillance multi viscérale et/ou une hypoxémie réfractaire. Les progrès acquis dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques devraient permettre d'identifier de nouvelles cibles thérapeutiques pour améliorer le pronostic.

P 062. PERFORMANCE DU RAPPORT VD/VG DANS LA PREDICTION DE LA MORTALITE A LONG TERME CHEZ LES BPCO SEVERES

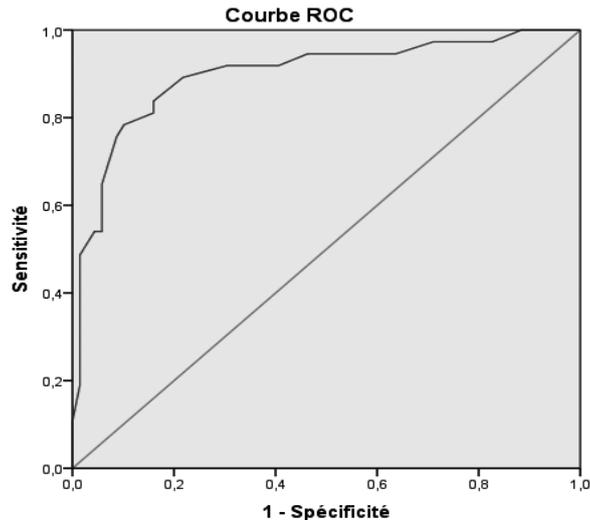
AUTEURS : HAMMOUDA Z, BEN ABDALLAH S*, HRAIECH K, NAKAA S, OUSJI A, ADHIEB A, MGHIRBI A, BEN BRAIEK D, OUANES I, DACHRAOUI F, ABROUG F, BESBES OUANES L.

Service de réanimation polyvalente Monastir

Introduction : la BPCO est l'une des affections les plus fréquentes à travers le monde responsable d'une morbi-mortalité de plus en plus importante. Elle représente actuellement la troisième cause de mortalité à travers le monde. L'identification de certains éléments pronostiques qui permettent de prédire la mortalité à long terme est donc d'une importance capitale. L'objectif de ce travail est d'évaluer la Performance du rapport VD/VG dans la prédiction de la mortalité à long terme chez les BPCO sévères.

Matériel et méthodes : étude rétrospective avec recueil prospectif des données concernant les patients BPCO hospitalisés en réanimation pour décompensation hyper capnique sévère, entre décembre 2010 et mars 2013. Les critères d'inclusion : tout patient hospitalisé pour décompensation hyper capnique sévère, définie par l'association de manifestations cliniques et des perturbations gazométriques. Les critères d'exclusion : le recours à la VMI. Les paramètres étudiés sont : L'âge, le sexe, le BMI, les antécédents, les caractéristiques cliniques et gazométriques, les variables écho cardiographiques et la mortalité à 06 ans.

Résultats : au cours de la période d'étude, 690 patients ont été hospitalisés en réanimation. Parmi ces patients, 108 ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen était de 69 ans (43- 92 ans). 68 % étaient de sexe masculin. Le SAPSII moyen était à 27. Le BMI moyen était à 26.8. La capnie initiale était à 8.68 KPa +/- 1.69. Le pH initial était à 7.30 +/- 0.04. Tous les malades étaient ventilés en VNI. Concernant le rapport VD/VG à l'admission, on note une moyenne à 0.75 (+/- 0.16). La mortalité globale en 2016 était de 35.5%. Ci joint la courbe Roc avec Aire sous la courbe 0,9.



Les segments diagonaux sont générés par des liaisons.

Conclusion : Le résultat de ce travail est concordant à la littérature où la présence d'un CPC chez les IRC est longtemps considérée comme un élément de mauvais pronostic. Dans notre travail, un rapport VD/VG ≥ 0.7 est corrélé à une mortalité plus importante au long cours chez les BPCO sévères.

P 063. SYNDROME D'APNEES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL (SAOS) ET HTA : DESCRIPTION ET FACTEURS ASSOCIES

AUTEURS : BEN BRAIEK D*, BOUZGARROU R, HAMMOUDA Z, HRAIECH K, ADHIEB A, OUSJI A, MGHIRBI A, NAKAA S, BEN ABDALLAH S, OUANES I, DACHRAOUI F, ABROUG F, BESBES OUANES L.

Service de réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction : Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est une pathologie fréquente qui est souvent sous-diagnostiquée. En réalité il représente une véritable maladie de système avec une composante métabolique, des troubles du comportement, et des conséquences cardiovasculaires sévères, principalement l'hypertension artérielle (HTA), sévère et résistante. Le but de ce présent travail est de préciser la prévalence de l'HTA dans une population de patients porteurs d'un SAS ainsi que les différentes caractéristiques de cette population.

Matériel et méthodes : Notre étude est une analyse rétrospective descriptive d'une base de données avec recueil prospectif d'information, au service de Réanimation Polyvalente du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir, pendant une période de 2 ans et 3 mois (du 01 Janvier 2010 au 31 Mars 2013). Critères d'inclusion : Parmi les patients qui nous ont consultés pour suspicion de syndrome d'apnées obstructives de sommeil (SAOS), ont été inclus tous ceux qui avaient un IAH ≥ 5 /heure avec HTA. Critères de non inclusion : Absence d'HTA, Patients atteints d'autres troubles de sommeil, à part le SAS, Patients atteints d'une insuffisance respiratoire chronique, Bronchitiques chroniques, les données recueillies étaient l'âge, le sexe, le BMI et la sévérité de l'HTA.

Résultats : 300 patients ont consulté pour suspicion de SAOS durant la période d'étude. Un IAH supérieur ou égal à 5/h a été retrouvé chez 268 patients. Parmi ces 268 patients, une HTA a été trouvée chez 190 patients, soit 70% de la population. L'âge moyen des patients est de 58 ans. Une prédominance féminine est notée (128 femmes contre 62 hommes). 75% des patients sont en surpoids (BMI > 30) avec un BMI moyen de 35 ± 7 . Concernant la sévérité de l'HTA, On remarque que ce sont les patients qui ont un SAOS sévère, qui présentent aussi le pourcentage le plus important d'HTA. L'HTA non sévère était plus fréquente quel que soit la sévérité du SAOS. Concernant le traitement anti hypertenseur, 32% des patients sont sous bithérapie et que 26% sont sous trithérapie

Conclusion : L'HTA fait partie des complications cardiovasculaires du SAOS. Le SAOS constitue un facteur indépendant pour son développement avec une relation «dose-réponse» entre la sévérité du SAOS et le risque de survenue d'une HTA. La recherche d'un SAOS dans le bilan d'une HTA résistante est donc recommandée.

P 064. PNEUMOTHORAX RÉVÉLATEUR D UNE HISTIOCYTOSE LANGUERHANSIENNE

AUTEURS : S. HABACHA^{1*}, F. BEN DAHMEN⁽¹⁾, M. MROUKI⁽¹⁾, Y. CHERIF⁽¹⁾, S. HAMROUNI⁽¹⁾, K. MBAREK⁽²⁾, M. ABDALLAH⁽¹⁾.

¹⁾ Service de médecine interne, hôpital régional de Ben Arous Yesminet

²⁾ Service des consultations externes, hôpital régional de Ben Arous Yesminet

Introduction : L'histiocytose langerhansienne est une affection rare due à une prolifération anormale des cellules de Langerhans qui infiltrent les parois des bronchioles entraînant leur destruction et la formation de cavités dans le tissu pulmonaire.

Nous rapportons l'observation d'une histiocytose langerhansienne pulmonaire révélée par un pneumothorax.

Observation : Patient âgé de 20 ans, tabagique depuis cinq ans a consulté pour des douleurs thoraciques gauches. Dans ces antécédents on notait un pneumothorax droit quelques semaines auparavant. A l'examen : polypnée à 28 cycles/min, pas de signes de lutte, l'auscultation pulmonaire a trouvé un silence auscultatoire à gauche et quelques râles bronchiques à droite, il était stable sur le plan hémodynamique. La biologie était sans anomalies. La radiographie de thorax a objectivé un pneumothorax gauche complet et total. Un drainage thoracique a été pratiqué. La tomodynamométrie thoracique a révélé la présence de petits nodules diffus et bilatéraux et de cavités de tailles variables. Devant cet aspect radiologique typique, le diagnostic d'histiocytose pulmonaire a été retenu. Il n'existait pas de lésions extra-pulmonaires. Le sevrage tabagique a été recommandé. L'évolution était marquée par l'absence de récurrence et une amélioration radiologique nette aux contrôles tomodynamométriques.

Discussion : L'histiocytose pulmonaire à cellules de Langerhans est une maladie rare, elle touche les adultes jeunes entre 20 et 40 ans, essentiellement les fumeurs actifs. Un pneumothorax est révélateur de la maladie dans 10 % des cas. La présence d'un aspect tomodynamométrique typique constitué d'un infiltrat réticulo-nodulaire avec des images kystiques peut suffire à poser le diagnostic positif sans le recours à l'examen histologique. L'arrêt du tabac est indispensable, il permet souvent la stabilisation voire la régression totale des lésions (comme dans notre observation). Il n'existe pas de consensus concernant le traitement médicamenteux. Néanmoins dans les formes graves avec altération de la fonction respiratoire, un traitement immunosuppresseurs peut être indiqué.

Conclusion : L'histiocytose pulmonaire isolée est habituellement bénigne. Le sevrage tabagique, seul, peut permettre la guérison de la maladie.

P 065. DOULEUR THORACIQUE REVELANT UN PNEUMOMEDIASTIN AU COURS D'UNE CRISE D'ASTHME LEGERE : A PROPOS D'UN CAS.

AUTEURS : MHAJBA MW,* AMIRA F, SAIDI K, JEBALI A, RACHIDI H, EL FEHEM H, HAMED R, HAMOUDA C.

Service des urgences hôpital Charles Nicolle Tunis

Introduction : la douleur thoracique au décours d'une crise d'asthme légère peut avoir plusieurs origines : pulmonaires, pariétales ou autres. Le pneumomédiastin constitue une cause souvent méconnue dans ce contexte. Il survient habituellement après des équivalents de manœuvre de Valsalva.

Observation : Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 21 ans, aux antécédents d'asthme, qui présente une symptomatologie respiratoire faite de toux et de dyspnée d'aggravation progressive. L'apparition d'une douleur thoracique, en barre avec irradiation cervicale suite à un effort de toux, l'a ramené à consulter aux urgences. A l'examen : patient fébrile à 38°C, TA : 110/70 mmHg, FC : 100 bpm, RR : 22 cycles /min, SpO₂ : 93% (AA), à l'auscultation : de fins râles sibilants. Présence d'un emphysème sous cutanées au niveau du tronc étendu au cou. GDS (AA) : pH : 7.47, PaCO₂ : 36 mmHg, PaO₂ : 66 mmHg, HCO₃⁻ : 26,2mmol/l, SaO₂ : 94%. ECG : sans anomalies. La radiographie thoracique objective des clartés fines linéaires intra médiastinales limitées en dehors par la plèvre. La TDM thoracique montre un pneumomédiastin de grande abondance. Absence de pneumothorax, de pneumopéricarde ou de rupture œsotrachéale.

Le patient a bénéficié de nébulisations de bêta-2-mimétiques associées à des anticholinergiques, repos et traitement antalgique. L'évolution clinique et radiologique était favorable et le patient a été mis sortant au bout de 4 jours.

Conclusion : La présence d'une douleur thoracique au décours d'une crise d'asthme légère doit alerter le praticien. L'analyse concomitante des antécédents du patient, du contexte clinique et des signes accompagnateurs oriente vers les complications barotraumatiques, en occurrence le pneumomédiastin dont le diagnostic positif repose sur l'imagerie médicale.

P 066. COPD PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATION IN A TUNISIAN INTENSIVE CARE UNIT : WHAT IS OUR PRACTICE?

AUTEURS : BEN GHEZALA H*, SNOUDA S.

Teaching department of emergency and intensive care medicine. Regional hospital of Zaghouan. Tunisia.

Introduction : Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) exacerbations are now the third leading cause of mortality all over the world and in Tunisia. Thus; we decided to perform this study. We aimed to describe the clinical characteristics of our patients, the blood gas exchange findings, the medical treatment, the ventilator support and to analyze their outcome.

Methods : It was a Single-center retrospective study performed in the teaching department of emergency and intensive care medicine in Zaghouan in Tunisia conducted between 1st January 2015 and 31st December 2015.

Results : 40 patients were included in the study. The mean age was 68+ 11 years with a sex ratio of 4 (32 males and 8 females). The mean SAPS II score was 35+ 10 with an APACHE II mean score of 22+ 5. The most common cause of COPD in our patients was tobacco smoke with a mean consumption of 32+ 10 pack-year history of smoking. The most frequent COPD condition in our patients was chronic bronchitis (n=29; 72.5%). At admission, the mean Glasgow coma scale score was 12+ 3. The mean Ph was 7.21+ 0.13. Lung infection was the most common cause of exacerbation (n=26; 65%). Twenty-two patients (55%) received systemic corticotherapy and 33 patients received antibiotic therapy. Sixteen patients (40%) did not receive bronchodilator medicines. Fifteen patients (37%) required noninvasive ventilation (NIV). Eighteen patients (45%) was intubated and required invasive mechanical ventilation. The mean duration of hospital stay in our ICU was 111+ 98 hours. The mortality rate was 40%. Only SAPS II was independently associated with poor outcome (p<0.001).

Conclusion : Our patients may be classified severe COPD according to GOLD recommendations. There is a big gap between our daily practice and the international recommendations. We still have a widespread use of corticotherapy and antibiotic therapy.

P 067. PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE LORS DES EXACERBATIONS DE BPCO ET SON IMPACT SUR LE PRONOSTIC À COURT TERME.

AUTEURS : ADHIEB A, OUANES I, NAKAA S, HRAIECH K, BEN BRAIEK D, HAMMOUDA Z, BEN ABDALLAH S, DACHRAOUI F, OUSJI A, MGHIRBI A, OUANES-BESBES L, ABROUG F.

Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba – Monastir.

Introduction : La polyglobulie est fréquemment observée chez les patients atteints de BPCO, en raison de l'hypoxémie associée surtout au stade d'insuffisance respiratoire chronique. Peu de données sont disponibles concernant la prévalence de l'anémie ainsi que son impact sur le pronostic des patients admis en réanimation pour exacerbation sévère de BPCO (EABPCO). L'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence de l'anémie chez les patients admis en réanimation pour EABPCO et son impact sur le pronostic.

Matériel et méthodes : Dans une base de données recueillie prospectivement incluant les patients admis entre 2007 et 2015 pour EABPCO, nous avons analysé les taux d'hémoglobine (Hb) à l'admission en réanimation. L'anémie a été définie selon les critères de l'OMS (Hb < 13 g/dl chez les hommes et Hb < 12 g/dl chez les femmes). Les variables continues sont exprimées en médiane (25-75 percentiles interquartiles, IQR) et comparées avec le test de Mann-Whitney.

Résultats : La cohorte a inclus 210 patients (âge médian 67 ans, pH médian 7,30, Sexe masculin dans 87,6%, la VNI était la modalité ventilatoire initiale dans 86,2%). L'anémie a été observée chez 77 des 210 patients (36,6%). Les taux d'hémoglobine médians étaient de 10,7 et 14,5 g/dl respectivement chez les patients avec et sans anémie. Le tableau I résume les caractéristiques et l'évolution clinique dans les deux groupes d'étude.

	Anémie -	anémie +	p
Age, méd (IQR)	64 (57-72)	71 (65-75)	<0.001
Sexe masculin, n(%)	117 (88)	67 (87)	0.831
Durée d'évolution de la BPCO, années, méd (IQR)	7 (4-12)	8,5 (4.2-15)	0.212
pH, méd (IQR)	7,30 (7,26- 7,34)	7.30 (7.27- 7.35)	0.205
[HCO ₃ ⁻], mmol/L, méd (IQR)	32,8 (28-36)	31.8 (27.7- 35.5)	0.749
Créatinine, µmol/L, méd (IQR)	83 (66-91)	101 (78.2- 133.5)	<0.001
DFR(MDRD), mL/min/1.73m ² , méd (IQR)	83 (70.1- 104.5)	58.1 (42.1- 76.1)	<0.001
VNI, n(%)	114 (85.7)	67 (87)	0.839
Diabète, n(%)	22 (16.5)	15 (15.5)	0.580
HTA, n(%)	33 (24.8)	24 (31.2)	0.337
Insuffisance cardiaque, n(%)	13 (9.8)	10 (13)	0.497
Durée de la VM, (jours), méd (IQR)	8 (5-11.5)	7 (4-10)	0.298
Durée du séjour (jours), méd (IQR)	10 (7-14)	9 (6-11.5)	0.138
Mortalité en réanimation, n(%)	17 (12.8)	8 (10.6)	0.665

En analyse multivariée, l'anémie n'a pas été identifiée comme un facteur indépendant associé à la mortalité en réanimation.

Conclusion : L'anémie a été observée chez un tiers des patients admis dans notre cohorte de patients en EABPCO et n'a pas été associée à une mortalité en réanimation.

P 068. BRONCHIOLITE OBLITERANTE AVEC PNEUMONIE EN VOIE D'ORGANISATION : A PROPOS DE DEUX CAS

AUTEURS : HABACHA S^{1*}, CHERIF Y⁽¹⁾, MBAREK K⁽²⁾, MROUKI M⁽¹⁾, BEN ACHOUR T⁽¹⁾, BEN DAHMEN F⁽¹⁾, ABDALLAH M⁽¹⁾.

¹⁾ Service de Médecine Interne, hôpital régional de Ben Arous- Yesminet

²⁾ Service des consultations externes, hôpital régional de Ben Arous- Yesminet

Introduction : La bronchiolite oblitérante avec pneumonie en voie d'organisation (BOOP) est une entité anatomo-radio-clinique distincte. Elle est caractérisée par une prolifération d'un tissu de granulation dans les bronchioles associée à une inflammation chronique des alvéoles. La BOOP peut être secondaire ou idiopathique.

Nous rapportons 2 cas BOOP suivis dans le service de médecine interne.

Observations cliniques

Cas 1 : Femme, 55 ans, opérée pour une cataracte et suivie pour un glaucome sous collyres β bloquants, a consulté pour une toux sèche avec une dyspnée d'aggravation progressive évoluant dans un contexte fébrile depuis 3 semaines. A l'examen : T° à 38,5°C, des râles crépitants au niveau de la base pulmonaire droite, sans autres signes physiques. La radiographie du thorax a montré des opacités basales droites. Le bilan biologique a objectivé des GB à 10700 élé/mm³, une CRP à 105 mg/L. La recherche de BK dans les crachats était négative. Les anticorps antinucléaires et les anticorps anti-antigènes nucléaires solubles étaient négatifs. Une antibiothérapie a été démarrée sans amélioration clinique. Une TDM thoracique a objectivé des

opacités alvéolaires périphériques en mottes et bilatérales. Une fibroscopie bronchique a montré une muqueuse inflammatoire, une biopsie trans-bronchique a révélé une obstruction des bronchioles terminales par des fibroblastes avec une infiltration de la lumière alvéolaire par des macrophages. Le diagnostic de BOOP a été retenu. La patiente a été traitée par Prednisone (0,5 mg/kg/jour) pendant 2 semaines sans aucune amélioration. Une origine médicamenteuse (Béta bloquants collyres) a été suspectée, les collyres donc ont été arrêtés. L'évolution était marquée par une amélioration spectaculaire clinique et radiologique.

Cas 2 : Homme, 72 ans, ayant des antécédents d'un diabète type 2, d'une HTA et d'un AVC ischémique séquellaire d'une hémiparésie gauche et de troubles de la déglutition, et une pleuro-pneumopathie d'inhalation abcédée, a été hospitalisé pour une toux productive et une dyspnée d'aggravation progressive évoluant depuis une semaine. A l'examen : T° à 38,2°C, polypnée à 30 c/min, sans signes de lutte, rales crépitants de la base pulmonaire droite. A la biologie : une hyperleucocytose à 19230 éléments/mm³, une hypoxémie à 58 mmHg. A la radiographie du thorax : des opacités basales droites. Le patient a été traité par oxgénothérapie, Tazocilline et Clarithromycine pendant 10 jours sans aucune amélioration. Une TDM thoracique a montré des condensations parenchymateuses diffuses des 2 champs pulmonaires avec un bronchogramme aérien. Une fibroscopie bronchique avec une biopsie trans-bronchique ont permis de mettre en évidence à l'examen histologique une réaction inflammatoire et des bourgeons endoluminaux de tissu de granulation au niveau des bronchioles distales et des alvéoles. Le diagnostic de BOOP a été retenu, un bilan immunologique était négatif. Une pneumopathie d'inhalation serait à l'origine de la BOOP. Le patient a été mis sous une corticothérapie (0,5 mg/Kg/j), l'évolution était favorable et le patient a été mis sortant au bout de 5 jours.

Conclusion : La BOOP est une pathologie rare curable. Elle pose de difficultés diagnostiques. La BOOP idiopathique est la plus fréquente mais les autres causes de BOOP sont multiples et rares. Généralement le traitement étiologique est insuffisant. Une corticothérapie serait indispensable.

P 069. SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGÛE COMPLIQUANT UN LUPUS ERYTHEMATEUX SYSTEMIQUE DU SUJET AGE

AUTEURS : M.BARGHOUTH*, A.BEN JAZIA M. EL EUCH, M. MAHFOUDHI, W. BANI, F. JAZIRI, K. BEN ABDELGHANI, S. TURKI, T. BEN ABDALLAH.

Service de Médecine Interne "A" hôpital Charles Nicolle Tunis

Introduction : L'atteinte pulmonaire au cours du lupus érythémateux systémique (LES) bien que fréquente reste moins connue. Nous rapportons ainsi une observation d'un patient âgé hospitalisé pour LES avec atteinte pulmonaire sévère.

Observation : Il s'agit du patient J.M âgé de 75 ans aux antécédents familiaux de LES (sa fille), hospitalisé pour altération de l'état général avec syndrome anémique. Le diagnostic de LES a été retenu devant la présence de 4 critères de l'ACR composés d'une atteinte rénale avec protéinurie de 3,27 g/24 heures, d'une anémie hémolytique auto-immune à 7,3 g/dl, d'une thrombopénie à 96000 élts/mm³, d'une lymphopénie à 900 élts/mm³ et d'une positivité des anticorps antinucléaires (titre= 1/400) et des anticorps anti DNA natifs. Il a été traité par 3 boli de méthylprednisone (1 gramme /jour) relayés par prednisone à la dose de 1 mg/kg/jour et il a reçu une cure de cyclophosphamide. L'évolution initiale a été favorable avec régression de la protéinurie à 1 g/24 heures. Cependant, après un mois de traitement, le patient présenta une détresse respiratoire aigüe sans fièvre avec des râles crépitant diffus aux deux champs pulmonaires et une désaturation artérielle en oxygène. A la biologie il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique (CRP = 15mg/l, Procalcitonine = 0,73 ; GB = 4200élts/mm³). La radiographie pulmonaire avait montré un syndrome alvéolaire bilatéral nécessitant une ventilation non invasive et une antibiothérapie à large spectre (Vancomycine, Colymicine, Imipenème et Bactrim) sans amélioration. Le scanner thoracique montrait une pneumopathie infiltrant diffuse bilatérale faite de plage en verre dépoli et d'épaississement septal. Deux lavages broncho alvéolaires ont éliminé une hémorragie intra alvéolaire et ont montré une normo cellularité à prédominance neutrophile, présence de plusieurs macrophages spumeux et de pneumocytes desquamés. L'échographie cardiaque trans thoracique n'a pas mis en évidence une élévation des pressions de remplissage. Le diagnostic retenu était une pneumonie lupique aigüe et le malade a reçu un bolus de Solumédrol à 1g/j et une cure d'immunoglobuline mais l'évolution était rapidement fatale dans un contexte d'insuffisance respiratoire aigüe réfractaire.

Conclusion : Les complications pulmonaires au cours de lupus représentent un facteur de mauvais pronostic nécessitant le recours aux immunosuppresseurs et aux immunoglobulines mais l'évolution est souvent défavorable. Des facteurs pronostics tels que le sexe masculin et l'âge avancé ont aggravé cette évolution.

P 070. L'IMPACT D'UNE ÉLÉVATION DE L'INDICE DE DISTRIBUTION DES GLOBULES ROUGES SUR LA L'INCIDENCE D'UNE VENTILATION MÉCANIQUE INVASIVE SUPÉRIEURE À 10 JOURS

AUTEURS : JAOUED O, BEN SIK ALI H, TILOUCHE N, YAACOUBI S, GHARBI R, FEKIH HASSEN M, ELATROUS S.

Service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Le recours à la ventilation mécanique (VM) est un acte fréquent en milieu de réanimation. Actuellement, il n'existe pas de marqueurs biologiques qui peuvent prédire une durée de VM prolongée. La détection précoce de ces malades permet probablement de prédire ceux qu'on peut réaliser une trachéotomie précoce. L'indice de distribution des globules rouges (RDW) est un marqueur de l'inflammation. Il est associé à une élévation de toute cause de mortalité notamment en cas d'insuffisance respiratoire comme le cas de BPCO et du SDRA. Objectif : étudier l'impact d'une élévation de RDW sur l'incidence d'une durée de VM supérieure à 10 jours.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia entre Janvier 2013 et Mars 2016. Tous les patients intubés à l'admission avec une durée de VM \geq à 48 heures étaient inclus dans cette étude. Les patients anémiques ou transfusés avant l'admission étaient exclus. Deux groupes des patients étaient identifiés : groupe 1 (G1) : $11,5 < RDW \leq 14,5\%$ et groupe 2 (G2) : $RDW \geq 14,5\%$. Le critère de jugement primaire était une durée de ventilation mécanique supérieure à 10 jours. Le critère de jugement secondaire était la mortalité.

Résultats : Durant la période de l'étude 170 patients d'âge moyen 61 ± 18 ans avec une prédominance masculine (61%) étaient inclus dans cette étude. Le motif de ventilation mécanique le plus fréquent était l'insuffisance respiratoire aiguë (52%). Un RDW normal était observé dans 44% des cas. La mortalité en réanimation était de 43%. L'âge (56 ± 19 vs 64 ± 16 ; $p=0.002$) ; la durée de VM (8 ± 5 vs 14 ± 3 ; $p < 0.001$) et la durée de séjour en réanimation (13 ± 1 vs 16 ± 2 ; $p=0.025$) étaient significativement plus élevés dans le groupe des patients avec RDW élevé. La mortalité était similaire entre les deux groupes.

Une durée de séjour supérieure ou égale à 10 jours était significativement plus élevée dans le groupe RDW élevé (44% vs 28% ; $p=0.03$). En analyse multivariée le développement d'une infection nosocomiale était l'unique facteur indépendamment associé à une ventilation mécanique \geq à 10 jours (OR : 36, IC : 95% (15-87), $p < 0.001$).

Conclusion : Un RDW $\geq 14,5\%$ est observé dans 56% des patients ventilé à l'admission en réanimation. Un RDW élevé n'était pas un facteur indépendamment associé à une VM \geq à 10 jours.

P 071. UNE HÉMORRAGIE INTRA ALVÉOLAIRE RÉVÉLATRICE D'UNE GRANULOMATOSE AVEC POLYANGÉITE (WEGENER)

AUTEURS : GHARBI R⁽¹⁾, JAOUED O⁽¹⁾, BEN SIKALI H⁽¹⁾, TILOUCHE N⁽¹⁾, FEKIH HASSEN M⁽¹⁾, ELATROUS S⁽¹⁾.

1- service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar Mahdia.

Introduction : La granulomatose avec polyangéite (maladie de Wegener) est une vascularité des vaisseaux de petit calibre associés aux ANCA atteignant avec préférence les voies aériennes supérieures et les reins. La survenue d'une hémorragie intra-alvéolaire (HIA) est une complication rare. Nous rapportons le cas d'une HIA secondaire à une maladie de Wegener et compliquée de SDRA.

Observation : Mme L.H âgée de 56 ans sans antécédents pathologiques notables, a été admise au service de médecine interne pour un bilan étiologique d'une thrombophlébite surale gauche associée à un syndrome inflammatoire biologique (VS=115mm, CRP= 95mg/l et fibrinémie= 5,6g/l). La patiente était mise sous anticoagulation curative par HBPM. Une TDM thoracique faite a montré une condensation alvéolaire avec un bronchogramme aérien et siège d'une excavation associée à des micronodules de type centrolobulaires. L'évolution était marquée le même jour par l'installation d'une hémoptysie de grande abondance avec une insuffisance respiratoire aiguë motivant le transfert de la patiente en réanimation médicale. La patiente a été ventilée mécaniquement dès son admission avec à la gazométrie une hypoxémie sévère : $Pao_2=53$ mm Hg sous 100% de FiO_2 à 1. A la radiographie de thorax présence des opacités alvéolaires bilatérales. La fonction rénale était normale avec présence d'hématurie microscopique (hématies=300élément/mm). Devant ce tableau avec les aspirations hémorragique le diagnostic d'hémorragie HIA et SDRA sévère a été retenu. La patiente a eu une ventilation protectrice, une PEEP élevée permettant d'avoir une pression de plateau aux alentours de 30mmHg avec recours à des séances prolongées de décubitus ventrale. Elle a eu une transfusion de 04 culots globulaire devant une anémie à 5,5g/dl. Le diagnostic de maladie de Wegener a été retenu devant la présence de 02 critères selon les critères de l'American Collège of Rheumatology (hématurie microscopique et des anomalies de la radiographie pulmonaire) et la positivité des ANCA. La patiente est décédée suite à une hypoxémie sévère en rapport avec une fibrose pulmonaire.

Conclusion : L'HIA est parmi les causes les moins fréquentes de SDRA. Elle doit être évoquée devant la classique triade anémie-hémoptysie-infiltrats radiologiques. Devant la forte suspicion d'une vascularite la corticothérapie doit être débuter même avant la confirmation étiologique puisque l'évolution est rapidement défavorable.

P 072. APPORT DE LA VNI PROPHYLACTIQUE SYSTEMATIQUE EN POSTOPERATOIRE DE CHIRURGIE CARDIAQUE

AUTEURS : MHIRI.K*, GHLALA.G,MESSOUDI.Y,BOUSSELMI.Y,SOUISSI.H,CHERIF.A.

Service d'anesthésie réanimation hôpital la Rabta

Introduction : Les complications respiratoires postopératoires après une chirurgie cardiovasculaire sont fréquentes et participent largement à la morbidité. Plusieurs facteurs péri-opératoires peuvent être responsables de ces lésions pulmonaires aiguës : une dysfonction du cœur gauche, atelectasie associée à un syndrome restrictif, les modifications de la mécanique ventilatoire induite par la sternotomie, ventilation mécanique (VAP : ventilator-acquired pneumonia), transfusions (TRALI transfusion-related lung injury), SDRA post-CEC, épanchement pleural, pneumothorax ou, rarement, embolie pulmonaire. Le rôle bénéfique de la ventilation non invasive (VNI) chez les patients ayant développé une complication respiratoire est démontrée. Cependant, l'intérêt préventif de la VNI péri opératoire reste un sujet de débat. Objectifs : Evaluer l'intérêt de l'utilisation préventive de la ventilation non invasive en postopératoire immédiat de la chirurgie cardiovasculaire

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective de type avant-après, réalisée au service d'anesthésie réanimation de l'hôpital La Rabta. Ce protocole consistait en la prise en charge des patients opérés pour chirurgie cardiovasculaire (cœur ouvert) avec une VNI systématique en postopératoire (1 h/4 h pendant au minimum 48 heures). Les patients, âgés de 18 à

80 ans, étaient randomisés en deux groupes : groupe (VNI+) et groupe contrôle (VNI-). Le critère de jugement principal était le taux de réintubation pour détresse respiratoire aiguë durant la phase postopératoire. Les critères de jugement secondaires : La survenue d'autres complications respiratoires : pneumopathie, pneumothorax, atelectasie. La mortalité, la durée de séjour en réanimation et la durée de séjour à l'hôpital.

Résultats : Nous avons inclus trente patients dans notre étude avec 15 dans le groupe (VNI+) et 15 dans le groupe (VNI-). Les deux groupes étaient comparables sur les données démographiques, pré opératoires (terrain, état hémodynamique, type de cardiopathie, données gazométriques) et aussi per opératoires (durée de l'acte, de la circulation extracorporelle, le recours à la transfusion). En post opératoire, le temps sous ventilation mécanique n'était pas significatif ainsi que les gazométries faites en post extubation. On a remarqué que dans le groupe VNI+, on avait une meilleure oxygénation jugée par la SaO₂, une fréquence cardiaque moindre mais une fréquence respiratoire plus élevée. Quant aux données gazométriques post opératoire, le groupe VNI+ avait une capnie plus élevée ainsi que le taux de bicarbonates. Pour le critère de jugement principal, ainsi que pour les critères secondaires, il n'y avait pas une différence significative puisque un seul patient était ré intubé dans un contexte d'instabilité hémodynamique dans le groupe (VNI-).

Conclusion : L'utilisation préventive de la ventilation non invasive en postopératoire immédiat de la chirurgie cardiovasculaire n'avait pas montré d'intérêt dans notre étude surtout sur la morbimortalité mais cette méthode reste un sujet de débat et doit être évaluée sur un nombre plus important de patients.

P 073. HYPHOPHOSPHOREMIE CHEZ LE BPCO : ETUDE DESCRIPTIVE ET PRONOSTIQUE

AUTEURS : T. KHZOURI*, A. JAMOSSI, T. MERHEBENE, A. BEN SLIMÈNE, J. BEN KHELIL, M. BESBES.

Hôpital Abderrahmen Mami de l'Ariana, Services de réanimation médicale

Introduction : Chez les patients ayant une BPCO, des études ont montré que l'hypophosphorémie avait un retentissement important sur la force de contraction du diaphragme. Le but de ce travail était d'étudier l'incidence de l'hypophosphorémie au cours de la décompensation de BPCO (IRA/BPCO) et son retentissement sur l'évolution.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, réalisée au service de réanimation médicale de l'hôpital de l'Ariana entre janvier 2015 et septembre 2016. Elle avait inclus les patients hospitalisés pour décompensation de BPCO et ayant présenté une hypophosphorémie (< 0,8 mmol/l) au cours de leur hospitalisation. Ont été relevées les caractéristiques cliniques et évolutives ainsi qu'une recherche de facteurs prédictifs indépendants de mortalité ou de survenue de complications par une analyse multivariée par régression logistique.

Résultats : Durant les 19 mois de l'étude, 390 patients ont été admis pour IRA/BPCO parmi lesquels 17 patients avaient une hypophosphorémie, soit une incidence à 4,35 %. La médiane de l'âge était de 65,2 ans [50 - 81], celle du score IGSII était de 39,7 [11 - 74] et celle de l'apache II était de 15,4 [5, 32]. Le sex-ratio était de 4,7. A l'état de base, 7 (41 %) patients étaient au stade d'OLD et un seul au stade de VAD. La cause de décompensation était dans 64,7% des cas d'origine infectieuse. La médiane du pH était à 7,28 [7,10 - 7,62] et celle de la PaCO₂ à 74mmHg [31 - 118]. L'hypophosphorémie a été diagnostiquée en moyenne au 6^{ème} jour [0, 16] après l'admission avec une valeur moyenne à 0,56 mmol/l [0,30 - 0,75]. Elle était associée à une hypokaliémie et une hypocalcémie dans respectivement 35,3 % et 88,2% des cas. Une dyskinésie diaphragmatique a été diagnostiquée par échographie chez 4 patients (23,5 %) ; elle était bilatérale dans 3 cas. La VNI a été utilisée chez 70,50% des patients et 94,11% des patients ont été intubés. La durée médiane de ventilation mécanique était de 27,6 jours [4 - 72]. Une trachéotomie était nécessaire chez 6 patients dont 3 ont pu être déchargés à domicile sous oxygénothérapie et ventilation. Une pneumopathie nosocomiale et un état de choc ont compliqué l'évolution dans respectivement 58,8% et 47,1% des cas. La médiane de la durée de séjour en réanimation était de 26,6 jours [8 - 73]. La mortalité était de 47,1%. En analyse multivariée, l'hypophosphorémie seule n'était pas un facteur prédictif de mortalité. Cependant, son association avec une hypocalcémie et une hypokaliémie est pourvoyeuse d'infection nosocomiale et d'état de choc infectieux (p=0,04, OR=4,04 et IC [1,1 - 166,4]).

Conclusion : L'incidence de l'hypophosphorémie chez le BPCO est de 4,35 %. Sa présence seule n'est pas prédictive de mortalité mais son association à une hypocalcémie et une hypokaliémie aggrave le pronostic. Un bilan métabolique doit être fait chez tout patient présentant une IRA/BPCO.

P 074. TOUX CHRONIQUE RÉVÉLANT UN SARCOME DE KAPOSI DE LOCALISATION PULMONAIRE DÉMASQUANT UNE INFECTION À VIH

AUTEURS : M .CHNITI, H.SANDID, S. MAAREF*, Y.MENDOME, S.HBAT, C.MELOT.

Service des Urgences Hôpital Erasme Belgique

Introduction : La maladie de Kaposi représente l'affection maligne la plus décrite au cours du SIDA, le plus souvent il s'agit de manifestation cutanéomuqueuse, nous rapportons le cas de maladie de Kaposi à localisation pulmonaire révélant une infection à VIH quiescente découverte dans le bilan d'exploration d'une toux chronique.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 45 ans originaire du Congo sans antécédents pathologique notable qui consulte les urgences pour toux chronique évoluant depuis six mois, le patient aurait consulté plusieurs médecins et a été mis sous traitement antibiotiques à plusieurs reprises sans amélioration. Devant la résistance aux traitements le patient consulte les urgences. Pas de sueurs nocturnes pas de contexte fébrile, pas de notion de contagé tuberculeux ni de voyage récent, L'examen initial mettait en évidence un état respiratoire et hémodynamique stable. Présence de râle bronchique à l'auscultation, avec à l'examen de la sphère ORL présence de placard bleuâtre au niveau de la face interne de la joue droite, le reste de l'examen

était sans anomalie. Biologie : syndrome inflammatoire important avec une CRP à 350, n'a lancé les différentes sérologies et on a programmé une fibroscopie bronchique avec biopsie qui mettait en évidence initialement une hémorragie alvéolaire. Radio thorax mettait en évidence des lésions opaques droite avec épaississement du CDS droit, Scan thoracique : confirmation des lésions nodulaires avec présence de halo en verre dépoli bilatérales à prédominance péri bronchovasculaire. Le patient a été hospitalisé en service de médecine interne, la sérologie VIH était positive avec confirmation de la maladie de Kaposi par l'examen anatomopathologique. Patient mis sous antirétroviraux et chimiothérapie

Discussion : La maladie de Kaposi révèle souvent l'infection à VIH, il faut savoir que la localisation cutanéomuqueuse est la plus fréquente, souvent d'évolution insidieuse la localisation pulmonaire est découverte à un stade avancé de l'infection, les symptômes d'origine respiratoires pris à tort pour une affection respiratoire induisent souvent patient et médecins en erreur d'où la nécessité d'un interrogatoire minutieux et d'un examen clinique rigoureux.

Conclusion : La toux un symptôme fréquent et anodin, elle doit être prise au sérieux devant tout contexte d'altération de l'état générale ainsi qu'une évolution insidieuse résistante à tout traitement.



P 075. EMBOLIE GAZEUSE D'ORIGINE IATROGENE : A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : BEN ALGIA.N^{(1)*}, JALLOUL.F⁽¹⁾, ZIDI.MED T⁽²⁾.

¹ Service de réanimation hôpital régional de Gafsa

² Médecin radiologue de libre pratique

Introduction : L'embolie gazeuse est une situation pathologique souvent grave caractérisée par la présence de bulles de gaz dans la circulation sanguine. Elle peut compliquer de très nombreux actes médicaux et chirurgicaux mettant ainsi en jeu le pronostic vital du patient

Son incidence est souvent sous estimée par la grande variété des manifestations cliniques qu'elle donne.

Cas clinique : Nous rapportant ici le cas d'un patient âgé de 81 ans, hypertendu, qui a été admis au service d'orthopédie suite à un traumatisme du bassin. L'examen clinique initial trouve un patient conscient, coopérant et stable sur le plan hémodynamique et respiratoire avec un bilan biologique correcte. Il a été mis sous perfusion de G5%, antalgique par voie intraveineuse et thromboprophylaxie. L'évolution au bout de quelques heures de son admission a été marquée par une altération de l'état de conscience avec un SGS= 11 / 15 sans déficit sensitivomoteur, une détresse respiratoire avec une FR=40c/min, une SaO₂=70% à l'air ambiant et quelques râles ronflants à l'auscultation pulmonaire. L'angioscanner thoracique a montré deux bulles d'air au dépend du tronc de l'artère pulmonaire et des lésions d'emphysème diffuses des deux poumons. Le patient a été transféré en USI, mis initialement en ventilation spontanée sous oxygénothérapie à fort débit, puis a été intubé et mis sous VAC avec 100% de FiO₂ devant une dégradation de son état respiratoire et neurologique. L'évolution a été fatale au bout de moins de 48 heures de son admission dans un tableau de défaillance multiviscérale.

Conclusion : L'embolie gazeuse est un accident redoutable essentiellement iatrogène. Son pronostic reste péjoratif surtout en absence d'une oxygénothérapie hyperbare, signalant ainsi l'importance de la prévention.



Thème neurologie

P 076. LE SYNDROME DE GLISSEMENT CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE : UNE ENTITÉ À NE PAS MÉCONNAÎTRE

AUTEURS : W AZAZA*, Y Z ELHECHMI, H. DOGHRI, M. HASSOUNA, W. MHAJBA, MA. CHÉRIF, I. SEDGHIANI, Z. JERBI.

CHU HABIB THAMEUR service des urgences et de réanimation médicale

Introduction : Devant le vieillissement de la population tunisienne et l'augmentation du nombre de sujets âgés consultant les hôpitaux, nous prévoyons une augmentation des pathologies spécifiques à l'âge dont notamment le syndrome de glissement. Il a été décrit pour la première fois en 1956 par le gériatre Jean Carrié dans sa thèse intitulée « Les modes de décès des vieillards à l'hospice ». Pour cet auteur, le syndrome de glissement est un état de grande déstabilisation somatique et psychique d'évolution gravissime. Il touche les personnes âgées d'environ 70 ans, fragiles et polyopathologiques. Il fait suite, après un intervalle libre de quelques jours à un mois, à un facteur déclenchant qui peut être physique ou psychique comme une maladie aiguë, une intervention chirurgicale, une chute, une fracture, une perte, un deuil, une hospitalisation ou un placement. Le syndrome de glissement constitue un diagnostic d'élimination. Néanmoins, il ne doit pas empêcher une recherche étiologique rigoureuse.

Observation : Mme A S âgée de 76 ans, diabétique, a présenté 4 jours avant son admission une altération progressive de son état de conscience sans notion de traumatisme ni d'intoxication. A l'examen, elle était apyrétique, eupnéique. Elle présentait des signes de déshydratation extra-cellulaire, avec des globes oculaires enfoncés, une langue sèche et un pli cutané persistant. La pression artérielle était à 173/80mmHg et la fréquence cardiaque à 139bpm. Sur le plan neurologique, elle avait un score de Glasgow (GCS) à 7/15(OY=1, RV=1, RM=5). A la biologie : une calcémie à 1.98mmol/L, une glycémie à, natrémie à 138mmol/L. La radiographie thoracique, l'ECG, le scanner cérébral et la ponction lombaire étaient sans anomalies. Au cours de son hospitalisation, la patiente a gardé un état hémodynamique et respiratoire stable contrastant avec un état neurologique grave attesté par un GCS fluctuant entre 3 et 7 sans signes de localisation. Deux électro-encéphalogrammes à une semaine d'intervalle ont permis de mettre en évidence des signes de souffrance cérébrale modérée avec une fluctuation de la vigilance. Le dosage de la vitamine B12, B6 et B1 étaient normaux. L'IRM cérébrale a montré un hypersignal diffus périventriculaire sustentotier et pontique en rapport avec une leucopathie vasculaire liée à l'âge. Vu la non amélioration de l'état de la patiente et la négativité des explorations, nous avons décidé d'introduire un traitement antidépresseur à base d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (escitalopram 10mg 1 cp/jour). Au bout de deux semaines de traitement antidépresseur, l'évolution a été marquée par l'amélioration progressive de son état neurologique passant à un GCS à 14/15. L'amélioration était marquée aussi par la reprise de l'alimentation et une amélioration nette des capacités cognitives et relationnelles.

Commentaire : Le syndrome de glissement est une détérioration rapide de l'état général, déclenchée par une affection aiguë qui peut être médicale, chirurgicale ou psychique. Dans notre cas, le facteur déclenchant n'a pas été retrouvé. Il associe une anorexie, une adipsie, une dénutrition, une déshydratation, des troubles sphinctériens, une atonie vésicale, une atonie intestinale et des signes psychiques à type de repli, de refus alimentaire, de refus de soins et de mutisme. Dans notre cas, la patiente présentait un état de mutisme akinétique qui a été confondu avec une altération profonde de l'état de conscience. La prise en charge du syndrome de glissement chez le sujet âgé est globale s'attaquant à tous les éléments du syndrome associée à une évaluation de la dimension thymique et la prescription adéquate de médicaments psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, psychostimulants, désinhibiteurs). Dans notre cas, les explorations étiologiques longues et rigoureuses ont retardé la mise en route du traitement antidépresseur.

P 077. UN AVC SYLVIE EST IL UN FACTEUR DE MAUVAIS PRONOSTIC ?

AUTEURS : MHAJBA MW.*YZ EL HECHMI.CHERIF MA.DOGHRI HH.SEDGHIANI I.JERBI Z.

Département urgences réanimation.CHU Habib Thameur

Introduction : les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent un fardeau pour la santé publique en raison de leur fréquence, leur mortalité et les handicaps qu'ils génèrent. But : déterminer si le territoire sylvien d'un AVC est un facteur de mauvais pronostic.

Méthodes : il s'agit d'une étude retrospective incluant tous les patients présentant un accident vasculaire cérébral ischémique observé dans les 48 heures suivant l'apparition entre janvier 2014 et février 2016. Ces patients sont divisés en 02 groupes selon le territoire de l'AVC (A=sylvien, B= non sylvien)

Résultats : Nous avons inclus les 284 patients. L'âge moyen du patient était 70,6 ans avec une légère prédominance féminine (52%). Les principaux facteurs de risque étaient les suivants : hypertension artérielle (67,8%), le diabète (45.1%), la fibrillation auriculaire (18,6%) et ce indépendamment du territoire. L'artère cérébrale moyenne était le site d'AVC dans 41,54% des cas. L'obstruction était complète chez 07 malades. Les symptômes comprenant un déficit neurologique étaient présents dans plus de 2/3 des cas de façon équitable entre les 02 groupes alors que un coma profond d'emblée étaient plus fréquentes dans le groupe B (17,3% contre 12,9%).Le tableau de convulsion s'est manifesté dans 7,2% de façon homogène entre les 02 groupes. La survenue d'une transformation hémorragique étaient plus notés dans le groupe A avec une fréquence de 7,1% par rapport au groupe B avec 4%.Le recours à l'intubation était de l'ordre de 5% dans les 02 groupes. La durée d'hospitalisation était plus longue dans le groupe B avec une moyenne de 5j ±2 alors qu'elle est de 3,5j ±2 dans le groupe A. Le taux de mortalité intra hospitalière était de 13,3% dans le groupe A et de 15,9% dans le groupe B et les principaux facteurs de mortalité commune

aux O2 groupes sont l'association des complications respiratoires, un sepsis sévère ou une aggravation neurologique. Les facteurs de mauvais pronostic propre aux AVC du territoire sylvien étaient l'obstruction complète de l'artère sylvienne avec une lésion étendue (85,71% de mortalité intra hospitalière) et les atteintes multifocales (63% de mortalité). Les infarctus lacunaires avaient un bon pronostic indépendamment du territoire.

Conclusions : il semble d'après notre étude que le territoire sylvien d'un AVC n'est pas un facteur indépendant de mortalité, cependant une atteinte étendue ou multifocale est retenue comme un critère radiologique de mauvais pronostic.

P 078. THROMBOPHLEBITE CEREBRALE COMLIQUANT UNE MENINGITE PURULENTE : FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC

AUTEURS : E. RACHDI^{1*}, G. MHAMDI⁽²⁾, A. TRIFI⁽¹⁾, R.ABDELMLAK⁽²⁾, S.ABDELLATIF⁽¹⁾, F. DALY⁽¹⁾, R. NASRI⁽¹⁾, H.TIOURI⁽²⁾, S. BEN LAKHAL⁽¹⁾.

Hôpital la Rabta, 1 : Réanimation médicale, 2 : Maladies infectieuses.

Introduction : La thrombophlébite cérébrale (TPC) est une pathologie grave et potentiellement létale. Elle survient plus fréquemment chez les enfants et les adultes jeunes. La thrombose septique du sinus veineux duremerien est rare (0,5 à 1% de tous les accidents vasculaires cérébraux) mais représente souvent une complication grave de plusieurs processus infectieux. Les méningites bactériennes et les sinusites peuvent être compliquées d'une thrombose du sinus sagittal supérieur, situation associée à un taux de mortalité proche de 80%. Dans ce cadre, on s'intéresse à la méningite bactérienne associée ou non à une infection locorégionale compliquée d'une TPC. Les objectifs de ce travail étaient de déterminer les facteurs de risque (FDR) prédisposant à la survenue d'une TPC et son impact sur la mortalité.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective analytique type cas/témoin bicentrique (réanimation médicale et maladies infectieuses) réalisée sur 44 mois. Tous les patients admis pour méningite bactérienne étaient inclus. Les critères d'exclusion étaient la méningite tuberculeuse et l'immunodépression. Les facteurs de risque de risque recueilli et analysés étaient : facteurs démographiques, infection locorégionale, traumatisme craniofacial, grossesse, co-morbidités prothrombotiques, données cliniques et scannographiques ainsi que les anomalies du liquide céphalorachidien (LCR). Les mesures d'association FDR/TPC d'une part et TPC/mortalité d'autre part ont effectués par une analyse multi variée.

Résultat : au cours de la période d'étude, 100 patients étaient hospitalisés pour méningite bactérienne dont 13% compliqués par une TPC. Les critères démographiques ne différaient pas chez les patients ayant une méningite compliquée de TPC versus ceux ayant une méningite non compliquée par TPC. Le coma, l'œdème cérébral, les convulsions et la culture positive du LCR étaient significativement associés à la survenue TPC sur méningite bactérienne (voir tableau). On n'a pas montré de surmortalité significative dans le groupe TPC sur méningite (46% vs 30%, p=0,08). Mais, la présence de cofacteurs tels que le coma, les convulsions, l'ischémie et l'œdème cérébral, la cellularité du LCR > 1200 unité/mm³ augmentaient la mortalité. Par ailleurs, chez ce groupe, la durée de ventilation était plus prolongée (8.7 vs 3.4 jours, p=0.034), et les séquelles neurologiques type épilepsie étaient plus fréquentes (23% vs 5%, p=0.028).

Conclusion : La survenue d'une TPC au cours d'une méningite bactérienne était significativement liée à l'œdème et l'engagement cérébral (qui semble être une association dans les deux sens). Mais aussi, la culture positive du LCR prédisposait à la survenue de TPC. La TPC augmentait la mortalité en présence de coma, convulsions, œdème cérébral et une hypercellularité du LCR. La survenue de TPC prolongeait la durée de ventilation artificielle et exposait à une épilepsie séquelle.

Variables	Analyse multivariée	
	OR (IC95%)	P
Coma	3.73 (1.33-10.48)	0.019
Oedema cérébral	1.82 (1.07-3.39)	0.003
Engagement cérébral	1.45 (1.14-1.97)	0.018
Culture LCR positive	1.27 (0.99-1.64)	0.017

P 079. CONVULSIONS D'ORIGINE VASCULAIRE VERSUS CONVULSIONS D'ORIGINE NON VASCULAIRE.

AUTEURS : MHAJBA MW.*CHERIF MA.HAJJAM N.YZ EL HECHMI.SEDGHANI I.JERBI Z.

Département urgences réanimation.CHU Habib Thameur

Introduction : les convulsions constituent un motif fréquent de consultation aux urgences, la connaissance de leurs causes et leurs facteurs pronostiques pourraient améliorer leur prise en charge. L'objectif de notre étude est de comparer les aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et pronostiques des convulsions d'origine vasculaire « groupe A » par rapport aux convulsions d'origine non vasculaire « groupe B » qui regroupe les étiologies métaboliques, toxiques, infectieuses et autres.

Méthodes : Etude rétrospective incluant tous les patients hospitalisés ou qui ont présenté une crise convulsive au cours de leurs séjours hospitalier durant la période s'étalant entre janvier 2015 et juin 2016.

Résultats : 149 sujets ont été colligés et l'origine vasculaire a été retenue chez 42% des malades avec une moyenne d'âge de 58,5 ans dans le groupe B et de 71,2 dans le groupe A. Le sex- ratio était de 2,1 chez le groupe A et de 1,4 chez le groupe B. Environ le 2/3 des patients du groupe A avait des antécédents neurologiques a type d'accident vasculaire ou de

convulsion. La crise était accompagnée environ 90% des cas sans différence significative entre les 02 groupes avec comme principal facteur d'accompagnement l'état de mal épileptique retenu chez 41 patients alors que le type de crise dominant dans le deux groupes est celle généralisée retrouvé chez plus que la moitié des patients. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique, un bilan biologique, un électrocardiogramme et une imagerie cérébrale a été faite chez 96% des cas. Un électroencéphalogramme a été pratiqué dans 18 cas chez les 02 groupes alors que la ponction lombaire a été faite dans 19 cas uniquement pour le groupe B. Un coma ou un déficit post critique était noté chez 3/4 des patients du groupe A contre 1/3 seulement dans le groupe B. La principale détresse associée à la détresse neurologique était d'ordre respiratoire et ce de façon équitable entre les 02 groupes lié surtout aux pneumopathies d'inhalation avec recours à l'intubation chez 24 patients. Le taux de mortalité était légèrement supérieur dans le groupe A (20% contre 18%) avec comme déterminants principaux l'âge et le recours à l'intubation et aux catécholamines.

Conclusion : Une crise convulsive peut avoir plusieurs facteurs intriqués qui s'unissent pour abaisser le seuil épileptogène. Le plus important est probablement la nécessité d'uniformiser la démarche diagnostique et l'approche thérapeutique dans les différentes équipes soignantes afin d'améliorer le pronostic vital et fonctionnel de ces patients.

P 080. UNE CAUSE RARE DE COMA EN RÉANIMATION : LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB SPORADIQUE

AUTEURS : E.RACHDI*, F.DALY, M.BACHROUCH, A.TRIFI, N.ROCHDI, S.ABDELLATIF, S.BEN LAKHAL.

Service de réanimation médicale, CHU La Rabta Tunis. Faculté de médecine de Tunis

Introduction : La maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) sporadique est un désordre neurodégénératif rare d'étiologie inconnue. Elle évolue inéluctablement vers la démence, le coma puis le décès. L'expression clinique est très variée sans être spécifique. Nous rapportons le cas d'une patiente admise dans notre service pour coma.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 60 ans et hypertendue qui a consulté les urgences pour détresse respiratoire. Le diagnostic retenu était une embolie pulmonaire bilatérale objectivée à la tomодensitométrie thoracique. L'évolution était marquée, par la suite, par l'aggravation de son état de conscience nécessitant l'intubation et le recours à la ventilation mécanique d'où son admission dans notre service. A l'examen, la patiente présentait un état neurologique fluctuant, un syndrome extrapyramidal et des myoclonies avec notion de démence à l'interrogatoire évoluant depuis quelques mois. Dans le cadre du bilan étiologique, une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été réalisée montrant un aspect en hypersignal des noyaux gris centraux et du cortex pariétal droit et gauche sur la séquence de diffusion. Cet aspect cadrerait avec des lésions anoxo-ischimiques ou avec une MCJ sporadique. Ce dernier a été retenu devant la démence, les lésions à l'IRM et leurs stabilités à l'IRM réalisée deux semaines plus tard et les signes retrouvés à l'EEG ayant montré la présence d'une activité paroxystique à type d'ondes triphasiques périodiques (< 1s) non modifiée par les épreuves de stimulations.

Conclusions : La MCJ sporadique est une entité rare qui reste sous diagnostiquée. Elle doit être évoquée devant l'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission d'au moins un signe clinique neurologique associé à des troubles intellectuels ou psychiatriques. La présence d'anomalies périodiques à l'EEG et des hyper signaux des noyaux gris centraux à l'IRM encéphalique permettent de poser un diagnostic probable de la MCJ sporadique.

P 081. SYNDROME D'ENCEPHALOPATHIE POSTERIEURE REVERSIBLE D'ETIOLOGIE INHABITUELLE

AUTEURS : M. BACHROUCH*, A. TRIFI, M. FATNASSI, K. BEN ISSMAIL, F. DALY, R. NASRI, S. ABDELLATIF, S. BEN LAKHAL.

Service de réanimation médicale la Rabta. Tunis, Tunisie

Introduction : Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible mieux connue sous l'appellation anglo-saxonne posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) est une entité clinico-radiologique. Le PRES associe des signes neurologiques (céphalées, troubles visuels, troubles de la conscience et/ou crises convulsives) et des anomalies radiologiques des régions cérébrales postérieures classiquement réversibles. Les étiologies du PRES sont multiples et dominées par l'exposition à des agents toxiques et la crise aiguë hypertensive. Le sepsis et l'état de choc septique étaient rarement décrits. Nous rapportons dans cette observation un cas de PRES survenu au décours d'un état de choc septique.

Observation : Patient SA âgé de 24 ans sans antécédents pathologiques notables admis dans notre service pour méningo-encéphalite-myélite lymphocytaire qui a bien évolué sous traitement antivirale (Zovirax 15 mg /kg/j). L'évolution a été marquée par la survenue d'un état de choc septique à point de départ digestif. Il s'agissait d'une pancolite bactérienne à Echerchi coli. Le traitement a associé une antibiothérapie ciblée à un support en catécholamines. Le patient a présenté quatre jours après des crises tonico cliniques généralisées. Les causes métaboliques, une infection du système nerveux central ainsi qu'une cause carencielle ont été éliminés. Le scanner cérébral était normal. Un complément d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébro-médullaire a montré des anomalies de signal corticales au niveau occipital et cérébelleux en plages bilatérales et symétriques à type d'hyper signal T2 avec œdème vasogénique, le tout cadre avec le diagnostic de PRES. L'évolution a été marquée par une amélioration neurologique avec absence de récurrence des crises convulsives contemporaine avec la restauration hémodynamique et l'évolution favorable du choc septique.

Conclusion : Le Syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible est un syndrome clinico-radiologique présentant des symptômes neurologiques et des anomalies radiologiques caractéristiques. Le PRES peut compliquer diverses conditions cliniques et exige une prise en charge rapide du facteur causal pour un rétablissement complet. Ceci est un cas de patient qui a développé le PRES au décours d'un choc septique à point de départ digestif. Après prise en charge rapide, le patient a récupéré sans séquelles neurologiques.

P 082. CÉPHALÉE AUX URGENCES : LE DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE EST-T-IL SOUVENT RECHERCHÉ ?

AUTEURS : M.CHENITI*, H.SANDID, L.NOURE,Y.MENDOME, C.MELOT.

Service des Urgences Erasme Belgique

Introduction : La céphalée représente un motif de consultation fréquent et important avec une prévalence de 90% dans les pays occidentaux. Dans la plupart des cas il s'agit de céphalée primaire mais dans 1 à 4% il s'agit d'une céphalée secondaire dont le diagnostic étiologique pourrait mettre en jeu le pronostic vital. La question qui se pose les céphalées secondaires ne sont-elles pas sous-estimé aux urgences ?

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 46 ans aux antécédent de céphalée étiqueté comme migraine chronique suivit par son médecin traitant qui l'a mise sous sumatriptan et oxinorm. Elle consulte les urgences vers 20hr du soir pour exacerbation de sa céphalée de base qui devient résistante aux traitements antalgiques. A l'examen : bon état générale, pas de fièvre, pas de raideur de la nuque, pas de photo-phobie ni phono-phobie elle se plaint de céphalée occipitale à type de serrement avec une EVA à 9. On a mis la patiente sous traitement antalgique : titration de morphine, 5mg de valium mais sans amélioration. Devant la persistance de la symptomatologie on a demandé un scan cérébrale injecté qui n'a rien mis en évidence. La patiente a été gardé à l'hospitalisation provisoire avec un traitement antalgique pendant la nuit. Une évaluation de son état le matin a mis en évidence la persistance de la symptomatologie et la résistance au traitement d'où la demande d'une IRM cérébrale pour chercher une éventuelle explication qui a mis en évidence : la présence d'une hernie des tonsilles cérébelleuses dans le foramen magnum de 9mm qui était témoin d'une malformation d'arnold chiari de type 1. La patiente a été hospitalisée en unité de neurochirurgie avec indication opératoire en urgence.

Discussion : La maladie d'Arnold-Chiari est une malformation rare congénitale du cervelet. Les tonsilles cérébelleuses sont anormalement basses et viennent s engager au travers du foramen magnum lui-même malformé. Une partie du cervelet descend dans le trou occipital, le plus souvent à cause d'une malformation de la base du crâne sur laquelle repose le cervelet. Cela entraîne des maux de tête et des douleurs du cou. Certains mouvements sont perturbés dans leur élaboration, et il peut exister des troubles sensitifs comme des picotements ou des sensations d engourdissement des membres qui sont liés le plus souvent à une syringomyelie associée. Les manifestations cliniques sont multiples et non spécifique a type de : maux de tête, cervicalgie, torticolis, parfois même une modification de la voix

Conclusion : Le syndrome d'Arnold Chiari est une affection rare ses symptômes cliniques ne sont pas spécifiques, et ces symptômes ne sont que très rarement mis sur le compte du syndrome d'Arnold Chiari mais souvent sur le compte de manifestation psychomotrice.

P 083. LA CRISE PSYCHOGÈNE NON ÉPILEPTIQUE ET LE « PSEUDO-STATUS » EN RÉANIMATION : À PROPOS DE TROIS CAS

AUTEURS : AZAZA WAFI*, DALY FOUAD, BOUATTOUR ABIR, TRIFI AHLEM, NASRI ROCHDI, ABDELLATIF SAMI, BEN LAKHEL SALAH.

Service de réanimation médicale, CHU la Rabta. Faculté de médecine de Tunis

Introduction : Les crises psychogènes non épileptiques (CPNE) sont définies comme des « manifestations paroxystiques répétitives évoquant de prime abord des crises épileptiques, mais en rapport avec des processus psychogènes inconscients et pas avec une décharge neuronale excessive ». Le terme de « pseudo-status » est utilisé pour qualifier les CPNE qui prennent le masque d'un état de mal épileptique (EME) (status-epilepticus). Nous rapportons 3 cas de « pseudo-status » admis dans notre service.

Observation 1 : Une femme âgée de 26 ans et suivie depuis 6 ans pour hystéro-épilepsie, a été hospitalisée pour un état de mal convulsif réfractaire. L'enquête étiologique n'a révélé aucune étiologie évidente et la patiente a été extubée au 3^{ème} jour d'hospitalisation. L'évolution était marquée par la persistance des crises convulsives sous formes de myoclonies, avec un rythme de 2 ou 3 crises par jour, cédant spontanément et déclenchées par la présence d'un membre de sa famille. Le diagnostic de CPNE a été suspecté et la patiente a été transférée au service de neurologie.

Observation 2 : Un patient âgé de 42 ans, suivi depuis l'âge de 24 ans pour hystéro-épilepsie sous trois antiépileptiques, a été admis dans notre service pour prise en charge d'un EME réfractaire. Aucune étiologie évidente n'a été retenue et le patient a été extubé au 5^{ème} jour d'hospitalisation. Son évolution était marquée par la récurrence des crises convulsives à raison de 3 ou 4 crises par jour cédant spontanément ou sous clonazépam. Les crises étaient caractérisées par des mouvements de latéralité de la tête type « non, non », des yeux souvent fermés sans révulsion des globes oculaires ni morsure de la langue avec un début lent et progressif. La plupart de ces crises se déroulaient au moment des soins. Le diagnostic de CNEP a été suspecté et le patient a été transféré en neurologie.

Observation 3 : Une patiente, âgée de 47 ans et suivie depuis l'âge de 42 ans pour hystéro-épilepsie, a été admise dans notre service pour un EME réfractaire. Devant l'absence d'étiologie, la patiente a été extubée à J 3 d'hospitalisation. L'évolution était marquée par la récurrence des crises convulsives à type de myoclonies avec un rythme de 3 crises par jour. L'absence de cause évidente et le caractère influençable par la présence de témoins étaient les éléments orientant le diagnostic vers la CPNE.

Conclusions : La distinction initiale entre un « pseudo-status » et un authentique EME est très difficile nécessitant de redresser le diagnostic, le plus précocement possible, de façon à limiter les complications liées à la mise en œuvre inappropriée du traitement d'un état de mal épileptique. En cas de doute, le recours à des avis spécialisés, et l'indication d'un enregistrement vidéo-EEG en urgence, est d'une impérieuse nécessité.

P 084. ENCEPHALOPATHIE POSTERIEURE REVERSIBLE REVELANT UNE GLOMERULONEPHRITE AIGUE POST INFECTIEUSE

AUTEURS : B SALAH C*, SAYHI A, B MEFTEH N, RBIA E, KORBSI B, NAFFEI E, MARZOUGUI S, KHELIL A.

Service des Urgences- SMUR Hôpital Maamourî Nabeul Tunisie

Introduction : L'encéphalopathie postérieure réversible (PRES) est un syndrome clinico-radiologique, qui se manifeste par des céphalées, une confusion, des troubles visuels et des crises convulsives. Sur le plan radiologique, les lésions siègent généralement dans les régions cérébrales postérieures pariéto-occipitales. C'est une complication rare d'une élévation brutale de la pression artérielle mais peut se voir dans d'autres circonstances, comme au décours d'un traitement immunosuppresseur.

Observation : Nous rapportons l'observation d'un enfant âgé de 13 ans qui a présenté à la suite d'un épisode d'angine mal traitée, une fièvre persistante, des céphalées intenses avec des crises convulsives tonico-cloniques généralisées cédant au Diazépam. L'examen clinique à l'admission a trouvé : CGS à 10/15 sans signe de localisation, tension artérielle à 260/110 mmHg et une protéinurie positive à la bandelette urinaire. Le bilan biologique a révélé des ASLO positifs et une insuffisance rénale aigüe. La tomodensitométrie cérébrale a conclu à des lésions hypodenses pariéto-occipitales et frontale bilatérale évoquant un premier PRSE. Le diagnostic d'une glomérulonéphrite aigüe post streptococcique compliquée d'un PRES a été retenu. L'enfant a reçu la Nicardipine en perfusion continue, l'évolution est marquée par la normalisation des chiffres tensionnels et la reprise de l'état de conscience sans séquelles.

Conclusion : Chez un enfant présentant des crises convulsives (ou d'autres manifestations neurologiques) et une HTA, notamment au cours d'une GNA post infectieuse, le diagnostic de PRES doit être évoqué. La prise en charge doit être précoce et adaptée car l'évolution est le plus souvent favorable sous traitement.

P 085. LA MYDRIASE UNILATÉRALE : TRADUIT-ELLE TOUJOURS UNE URGENCE NEUROCHIRURGICALE ?

AUTEURS : M.CHENITI*, H.SANDID, A.CHAKROUNI.TCHOUNKEU, A.POURCELET,C.MELOT.

Service des Urgences Erasme Belgique

Introduction : La mydriase représente un signe clinique alarmant pour un patient des urgences, le plus souvent une anisocorie témoigne d'une souffrance cérébrale urgente, on est souvent orienté vers une urgence neurochirurgicale devant ce symptôme. Mais les diagnostics différentiels ne manquent pas et il faut y penser en fonction du contexte.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 65 ans aux antécédents d'hypertension artérielle, de dyslipidémie et d'hypothyroïdie sous traitement, bien suivie qui consulte les urgences à la suite d'une gêne oculaire apparue de manière brutale alors qu'elle était en train de lire un roman à type de flou visuel en se regardant dans le miroir elle voit que sa pupille est dilatée. A l'examen : patiente en bon état générale consciente et bien orientée ne présente aucun déficit moteur ou sensitif, un état hémodynamique et respiratoire stable, une mydriase gauche à réactive fixe avec une pupille droite bien réactive. Un examen ophtalmologique poussé a été réalisé ne mettant en évidence aucune atteinte particulière, un examen neurologique aussi a été réalisé ne mettant en évidence aucune anomalie. Devant ce symptôme isolé on a suspecté une dissection probable de la carotide interne ou un anévrysme de la communicante postérieure d'où la réalisation d'un angioscanner cérébrale qui s'est avéré normale. Le neurologue a demandé une IRM cérébrale, une hospitalisation de la patiente en vue d'un complément d'exploration par des potentiels évoqués une IRM médullaire à la recherche de signe pouvant cadrer avec une sclérose en plaque. La patiente a été hospitalisée en service de neurologie les examens complémentaires réalisés étaient normaux le diagnostic retenu à la fin de l'hospitalisation était la pupille d'Adie.

Discussion : Les causes d'anisocorie sont multiples : physiologique dans 20% des cas, post traumatique, atteinte du nerf III, malformation congénitale, pupille d'Adie et pharmacologiques. La pupille d'Adie est secondaire à une lésion du ganglion ciliaire ou des nerfs ciliaires courts suivie par une innervation aberrante en général accompagnée d'une mydriase unilatérale hypo-réactive à la lumière avec l'apparition les semaines suivantes d'une dissociation entre la réaction à la lumière et à l'accommodation.

Conclusion : L'exclusion d'une urgence neurochirurgicale doit être toujours réalisée devant une mydriase unilatérale par la réalisation d'un scanner injecté ou d'une imagerie par résonance magnétique et les autres diagnostics différentiels ne seront évoqués qu'en deuxième plan.

P 086. FORME PSEUDO-TUMORALE DE LA TUBERCULOSE PRIMITIVE DU NASOPHARYNX AU COURS DE LA GROSSESSE

AUTEURS : AMMAR RANIA, NAJEH BACCOUCH, KAMILIA CHTARA, SABRINE BRADII, MOEZ KAMMOUN, MABROUK BAHLOUL, CHOKRI BEN HAMIDA, MOUNIR BOUAZIZ.

Hopital habib bourguiba sfax, Service de réanimation polyvalente

Introduction : La tuberculose primitive du nasopharynx est rare. Son diagnostic se fait par le naso-fibroscope et des études anatomo-pathologiques.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans enceinte de 30 SA admise pour coma fébrile, GCS 8/15, nécessitant l'intubation. Notion d'altération de l'état générale et douleur rachidienne. Pas de notion d'obstruction nasale. Un scanner cérébral montrant un accident vasculaire cérébral sylvien et un processus tissulaire du cavum avec une ostéolyse de la base du crâne. Le diagnostic de carcinome de cavum a été évoqué avec une extension locorégionale. L'examen au naso-fibroscope avec biopsie pour analyse anatomo-pathologique a montré un granulome épithélioïde et géant-cellulaire avec nécrose caséuse avec PCR tuberculeuse positif à BK. La ponction lombaire a montré 41 éléments blancs à prédominance lymphocytaire, une hyperprotéinorachie et une hypoglycorachie. L'IRM cérébro-médullaire a montré : une méningite basilaire tuberculeuse, abcès tuberculeux de la base du crâne et du cavum et une spondylodiscite évoluée de L4 L5 avec un abcès froid. La radiographie pulmonaire et le scanner abdominal n'ont pas montré de localisation autre que Mycobacterium. Le diagnostic retenu est une tuberculose primitive du nasopharynx compliquée d'une méningite tuberculeuse et d'une spondylodiscite. Le patient a été mis sous quadrithérapie à base de rifampicine, pyrazinamide, éthambutol, Isoniazide et une corticothérapie à base de dexaméthasone. L'évolution a été marquée par l'aggravation sur le plan neurologique, passage en mydriase bilatérale aréflexique et engorgement cérébral.

Discussion : La tuberculose primaire du nasopharynx, sans atteinte pulmonaire, est rare <1%, même dans les zones de tuberculose endémique. 3 modes de contamination ont été élucidés : (1) une voie directe par inhalation (2) une voie hématogène ou lymphatique à partir d'un foyer primaire (3) ou une réactivation d'une infection dans les tubercules adénoïdes, cette voie de contamination suggère la réactivation des mycobactéries quiescentes favorisée par un état d'immunodépression comme l'infection VIH, mais la sérologie est négative ou la grossesse comme dans notre cas. Cliniquement elle se manifeste par une obstruction nasale, une rhinorrhée, des otalgies et/ou otorée. Le diagnostic est difficile, il faut éliminer le diagnostic différentiel comportant les tumeurs malignes (carcinome à cellules squameuses, lymphome), infection fongique (aspergillose, mucormycose), une inflammation granulomateuse (sarcoidose, la lèpre, la syphilis), maladie auto-immune (périarthrite noueuse, Churg et Strauss et Wegener). Le naso-fibroscope a un intérêt certain par la réalisation d'une analyse anatomo-pathologique pour la confirmation diagnostique et éliminer les diagnostics différentiels. L'IRM a un intérêt en montrant de la lésion qui est évocatrice de tuberculose. Le traitement standard repose sur l'administration d'une quadrithérapie pendant 4 mois puis une bithérapie. La durée totale de 9 à 12 mois.

Conclusion : La tuberculose primaire du nasopharynx est rare. L'examen endoscopique par le naso-fibroscope permet le diagnostic. La biopsie montre le granulome avec nécrose caséuse, et permet d'éliminer les diagnostics différentiels.

P 087. REACTION PARADOXALE AU COURS D'UNE TUBERCULOSE PULMONAIRE ET CÉRÉBRALE CHEZ UNE PATIENTE IMMUNOCOMPÉTENTE

AUTEURS : T. BEN ACHOUR⁽¹⁾, M.MROUKI⁽¹⁾, Y.CHERIF⁽¹⁾, S.HBACHA *⁽¹⁾, K. MBAREK⁽²⁾, F. BEN DAHMEN⁽¹⁾, M. ABDALLAH⁽¹⁾.

*Service de médecine interne Hôpital Régional Ben Arous, Faculté de médecine de Tunis, Université Tunis El Manar
(2) Service des consultations externes Hôpital Régional de Ben Arous*

Introduction : Les localisations extra pulmonaires de la tuberculose représentent actuellement près de 20% des cas de tuberculose et concernent principalement les patients immunodéprimés. Bien que rares, les atteintes cérébrales occupent une place particulière en raison de leur pronostic péjoratif.

Observation : Femme âgée de 13 ans sans antécédents familiaux ni personnels notables a été hospitalisée pour anorexie, nausées, vomissements et strabisme évoluant depuis deux mois. L'examen montrait un strabisme convergent droit, une adénopathie axillaire gauche et des râles bronchiques diffus. La radiographie thoracique avait mis en évidence un syndrome alvéolo-interstitiel diffus. Le scanner thoraco-abdominal avait conclu à plusieurs nodules pulmonaires dont quelques uns étaient excavés, une adénopathie médiastinale de 15 mm et une hépatosplénomégalie. Le scanner cérébral avait montré une hypodensité au niveau de l'hémisphère cérébelleux droit avec léger effet de masse et une hydrocéphalie supra tentorielle. L'étude du liquide bronchique avait mis en évidence des Bacilles de Koch.

La sérologie HIV était négative ainsi que la sérologie toxoplasmique. Le diagnostic retenu était celui d'une tuberculose pulmonaire avec localisations extra pulmonaires secondaires : ganglionnaire, hépatosplénique et cérébrale à type de tuberculome. La patiente a été traitée par quadrithérapie anti tuberculeuse associée à une corticothérapie. L'évolution initiale a été marquée par l'altération de l'état de conscience au bout d'une semaine de traitement nécessitant la mise en place d'une assistance respiratoire. L'IRM cérébrale avait montré un épaississement méningé diffus avec un œdème cérébral. L'étude du liquide céphalo-rachidien trouvait une méningite lymphocytaire avec hypoglycorachie. Les mesures de réanimations ont été entreprises, et le traitement par corticothérapie a été maintenu pendant deux mois permettant l'évolution clinique favorable.

Le contrôle radiologique montrait une diminution de la taille du tuberculome cérébral et de l'épaississement méningé ainsi que des lésions pulmonaires. La quadrithérapie a été maintenue pendant 2 mois avant de passer à une bithérapie par Isoniazide et Rifampicine totalisant une durée de 1 an.

Conclusion : La tuberculose du système nerveux central constitue 1% des tuberculoses. Il s'agit d'une complication redoutable pouvant engager le pronostic vital d'autant plus qu'elle survient habituellement sur un terrain immunodéprimé (VIH, néoplasies, immunosuppresseurs...). La réaction paradoxale sous antituberculeux survient chez 80% des patients ayant une tuberculose extra-pulmonaire. La survenue d'une tuberculose multifocale et la survenue d'une réaction paradoxale chez une immunocompétente traitée par antituberculeux et corticothérapie constituent les particularités de notre observation.

P 088. MENINGITE LYMPHOCYTAIRE, THYROÏDITE AUTO-IMMUNE : ASSOCIATION OU CONSEQUENCE ?

AUTEURS : Z.TEYEB⁽¹⁾, M.MROUKI⁽¹⁾, F.BEN DAHMEN⁽¹⁾, Y.CHERIF⁽¹⁾, S. HABACHA *⁽¹⁾, Z.BEN AMOR⁽²⁾, M.ABDALLAH⁽¹⁾.

(1) Service de Médecine Interne, Hôpital Régional de Ben Arous Faculté de Médecine de Tunis Université Tunis El Manar

(2) service des consultations externes, Hôpital Régional de Ben Arous

Introduction : Les maladies thyroïdiennes auto-immunes sont des affections fréquentes et polymorphes. Des manifestations neurologiques ont été décrites associées à l'hyperthyroïdie cependant, la survenue d'une méningite lymphocytaire est inhabituelle.

Observation : Patiente âgée de 32 ans a consulté pour des céphalées fébriles évoluant depuis 3 jours associées à des vomissements, une diarrhée ainsi qu'une sono-photophobie. L'examen montrait une fièvre à 38.5°C, un syndrome méningé et un goitre thyroïdien ferme mobile et indolore. La biologie objectivait une hyperthyroïdie périphérique (FT4 à 35 pmol/l, TSH à 0.001 µU/ml) et une hypocholestérolémie à 2.7 mmol/l sans syndrome inflammatoire biologique. L'étude du liquide céphalorachidien montrait un aspect légèrement trouble, une pléiocytose à 190 éléments blancs (90% de lymphocytes), une hypoglucochorrachie, une hyperprotéinorachie et une normochlorurorachie. La culture sur milieux usuels et Lowenstein ainsi que l'IDR à la tuberculine étaient négatives. Le scanner cérébral était sans anomalies. L'échographie cervicale montrait un aspect de thyroïdite. Les ATPO et les anti récepteurs de la TSH étaient positifs respectivement à 1365 UI/ml et 3.05 UI/l. Les sérologies virales HSV, VZV et CMV étaient en faveur d'une immunité ancienne. La sérologie VIH était négative. Le diagnostic de thyroïdite associée à une méningite lymphocytaire a été retenu. La patiente a été traitée par Aciclovir par voie parentérale, Thiamazol (20 mg/jour) et Propranolol (40 mg/jour). L'évolution était marquée par une apyrexie durable à 48h de traitement, une diminution des céphalées et un amendement de la diarrhée et des vomissements. Le recul actuel est de 1 an sans récurrence de la méningite.

Conclusion : Quelques cas d'encéphalopathies ont été décrits dans le cadre de la maladie de Hashimoto sans que la physiopathologie ne soit élucidée. Une seule observation avait rapporté la survenue d'une hypophysite lymphocytaire avec méningite aseptique dans le cadre d'une thyroïdite cependant non auto-immune. Chez notre patiente, la méningite lymphocytaire aseptique pourrait être due à une infection virale déclenchant une thyroïdite auto-immune ou une manifestation neurologique de la thyroïdite. L'amélioration par le traitement antiviral est en faveur de la première hypothèse.

P 089. SEVERE CARDIAC COMPLICATIONS DURING BONE CEMENTATION : REPORT OF TWO CASES

AUTEURS : MS NAKHLI, M KAHLOUL, D ZAABAR*, T GUIZANI, M BEN CHIKHA, W NAJJA.

Department of anesthesia and intensive care unit, Sahloul hospital – Sousse

Introduction : Intraoperative circulatory and pulmonary problems occurring during bone cementation are important causes of morbidity in patients undergoing hip arthroplasty. Intraoperative events consist on collapse, hypoxia, arrhythmias and even cardiac arrest. They are also expressed by a postoperative respiratory distress and confusion. We report two severe cardiac complications during bone cementation.

Case 1 : A 81-year-old male presented to the operating room with intertrochanteric fracture of the left femur and proposed for total hip replacement. He had history of chronic respiratory failure and atrial fibrillation arrhythmia managed with bisoprolol and 10mg of acenocoumarol. Preoperative biochemical and hematological profile was within acceptable limits. Cardiac evaluation revealed left ventricular hypertrophy with LVFE of 47%. The right ventricular size was normal. There was neither intracavitary thrombus nor pulmonary hypertension. Surgery was conducted under spinal anaesthesia. Patient's hemodynamic and respiratory parameters were stable during surgery. Postoperatively, patient presented confusion with dyspnea and collapse. Postoperative ECG revealed atrial fibrillation tachyarrhythmia and echocardiography showed right ventricular failure with pulmonary hypertension (68 mmHg). Troponin T test was negative. Patient was transferred to the ICU of observation. He was successfully resuscitated with 100% oxygen; intravenous administration of fluids and continuous perfusion of amiodarone. Three days later, echocardiography of control revealed the disappearance of right heart failure and pulmonary hypertension.

Case 2 : A 64-year-old male admitted to the operating room for total hip replacement because of an intertrochanteric fracture of the right femur. He had history of chronic obstructive pulmonary disease. The clinical examination revealed a scoliosis without respiratory impact. Preoperative biochemical and hematological profile was within acceptable limits. Electrocardiogram was unremarkable. Surgery was conducted under combined spinal epidural anaesthesia (CSE). Patient's hemodynamic parameters were stable following CSE. The first time of cementing (acetabulum) passed without incident. At the second time (cementing the femur), sudden onset of a constrictive chest pain followed by a desaturation to 96% (O₂ at 8l/

min) and hemodynamic impairment with PA = 60/40 mmHg and bradycardia to 30 / min. Atropine was given intravenously followed by epinephrine increments. Sinus rhythm returned and decreased blood pressure was treated using crystalloids and colloids. Evolution has been marked by the disappearance of pain and stability of hemodynamic status, the surgical procedure was completed and the patient was subsequently transferred to the intensive care unit. Post-operative hematological and biochemical parameters were found to be normal. Subsequently she had smooth recovery and was transferred to the ward.

Conclusion : Bone cement implantation syndrome is an important cause of morbidity in patients undergoing orthopedic surgery. The clinical presentation is often brutal. Cemented arthroplasty causes a pronounced pulmonary vasoconstriction and an impairment of right ventricular function accompanied by pulmonary ventilation/perfusion abnormalities. Right heart failure can be a contraindication for the use of cemented prostheses. Vigilance and close monitoring are required at the time of cement insertion for early clinical diagnosis.

P 090. VASCULITIS COMPLICATING PNEUMOCOCCAL MENINGITIS : A CASE REPORT

AUTEURS : AHMED KHEDHER⁽¹⁾, NESRINE SMA⁽¹⁾, KHAOULA MEDDEB⁽¹⁾, YAMINA HAMDAR⁽¹⁾, JIHENE AYACHI⁽¹⁾, HEND BEN LAKHAL⁽¹⁾, MESSAOUDA KHELFA⁽¹⁾, HEDIA HAMMED⁽¹⁾, IMED CHOUCHE⁽¹⁾, MOHAMED BOUSSARSAR^(1,2).

^{1/} Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse.

^{2/} Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse. Tunisia.

Background : Cerebral vasculitis is a rare life threatening complication of pneumococcal meningitis. It is associated with a high mortality and neurological sequelae. There is no standard treatment of this complication but steroids are known to improve the outcome.

Case report : A 64-year-old female presented to the emergency department with short course of headache and confusion after one week-history of otalgia and fever. She had neck stiffness, Glasgow coma scale was at 14 and body temperature was 39°C. The brain CT scan revealed no abnormalities. Lumbar puncture yielded a cloudy cerebrospinal fluid (CSF) with a WBC count of 1000/mm³; 76% neutrophils; albumin, 1.95g/l; CSF/blood glucose, 0,4; Gram stain showed gram+ cocci. CSF culture showed penicillin-resistant Streptococcus pneumoniae. 200mg/kg/24h of Cefotaxim was initiated within the first hour. Two hours after, she developed generalized seizures and respiratory distress managed by clonazepam and invasive mechanical ventilation in a private hospital ICU. She was referred to a general hospital ICU three days later for persistent fever. At day 1 of admission, she had recurrent generalized seizures. A second Lumbar puncture showed clear CSF; WBC count < 1/mm³; albumin, 0,5g/l; CSF/blood glucose, 0,64. CSF culture was negative. Cefotaxim dose was increased to 300mg/kg/24h and adjunctive dexamethasone 10mg/6 hours during four days was initiated. Persistent apyrexia was reached with no seizure recurrence. At sedation interruption, consciousness was not affected but neurologic examination revealed left hemiplegia. Cerebral MRI showed multiple ischemic lesions in the right white matter of parietal-insular and rolandic areas, consistent with infectious cerebral vasculitis (figure 1). Steroids were then modified to treat vasculitis with methylprednisolone 1.5mg/kg daily during 5 days then relayed with oral prednisone 1mg/kg/day for a total duration of 2 months leading to full clinical and radiological recovery (figure 2).

Discussion : Vasculitis following a pneumococcal meningitis is an uncommon complication which should be addressed to when there is persistent fever and/or clinical worsening such as seizures or neurological deficit. MRI is a specific tool to confirm the diagnosis. Prompt use of Intravenous antibiotics is the key treatment of bacterial meningitis. The maximum daily dose of ceftriaxone or cefotaxim are recommended in case of penicillin-resistant Streptococcus pneumoniae. Adjunctive corticosteroid treatment is efficient and indicated only very early in the course of bacterial meningitis. In the case presentation, dexamethasone was introduced in the third day. We don't have arguments to refer vasculitis to the cefotaxim underdosing and/or delayed dexamethasone adjunction. Several therapeutic schemas were used and data concerning duration of steroids are scarce.

P 091. LA THROMBOSE VEINEUSE CEREBRALE EN REANIMATION

AUTEURS : DOGHRI H, DALY F, AZAZA W, TRIFI A, NASRI R, ABDELLATIF S, BEN LAKHAL S.

Service de réanimation médicale, Hôpital la Rabta, Faculté de médecine de Tunis

Introduction : La thrombose veineuse cérébrale présente (TVC) une atteinte vasculaire rare touchant plus fréquemment la population jeune. La présentation clinique et les facteurs de risques sont variés et l'évolution peut être fatale. L'objectif de notre étude est de réaliser une étude descriptive des patients ayant une TVC et hospitalisés dans notre service.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective. Elle a été effectuée au service de réanimation médicale du CHU la Rabta sur une période de 7 ans (De Janvier 2010 à octobre 2016). Tous les patients chez qui le diagnostic de TVC a été retenu ont été inclus.

Résultats : Durant la période d'étude, 24 patients ont été inclus. La médiane d'âge était 46 ans [32,5-57,75ans] et le sex-ratio de 1,4. L'IGSII moyen était de 38 (14,9) et l'APACHE II moyen de 14,2 (6,4). La durée de séjour médiane était de 11 jours [4,25-22,75 jours]. Le motif d'admission était neurologique chez 22 patients (91.7%) et respiratoire chez 2 patients (8.3%). Le diagnostic de TVC était connu dès l'admission chez 13 patients (54,2%). L'installation de la symptomatologie était aiguë chez 10 patients (41.7%), subaiguë chez 13 patients (54.2%) et chronique chez 1 patient (4.2%). Le signe clinique le plus fréquent au moment du diagnostic était la fièvre qui était présente chez 20 patients (83.3%). La TVC était suspectée devant des signes cliniques chez 20 patients (83.3%) et elle était une découverte fortuite chez 4 patients (17 %). La confirmation diagnostique était faite par une tomographie cérébrale chez 21 patients (87.5%) et par une IRM cérébrale chez 3 patients (12 %). Le sinus sagittal supérieur était la localisation la plus fréquente de la thrombose chez 13 patients (54 %). La TVC était associée à un engagement chez 3 patients (12%). L'étiologie septique, présente chez 18 patients (75%), était l'étiologie la plus fréquente.

Parmi ces patients 21 (88%) patients ont bénéficié d'un traitement anticoagulant (AC) à doses curatives. Une complication hémorragique a été survenue chez 7 patients nécessitant l'arrêt de l'AC. L'évolution était favorable chez 7 patients et défavorable chez 17 patients soit une mortalité de 71%.

Conclusions : Malgré le diagnostic précoce et le traitement anticoagulant adéquat, la TVC en réanimation reste grevée d'une mortalité élevée (71%). Une étude incluant plus de malade est nécessaire afin de rechercher les facteurs de mauvais pronostic chez ce type de patient.

P 092. ELEVATED CARDIAC TROPONIN T AFTER AN EPILEPTIC SEIZURE : IS THERE A CONCOMITANT AMI?

AUTEURS : BEN GHEZALA H*, SNOUDA S.

Teaching department of emergency and intensive care medicine. Regional hospital of Zaghuan. Tunisia.

Introduction : Cardiac troponins are sensitive and specific indicators of myocardial injury and are traditionally used to support the diagnosis of myocardial infarction (MI). However, raised cardiac troponins may also be found in a wide range of non-cardiac medical conditions. This case reports a patient admitted after an epileptic fit with raised cardiac troponin T but with no other clinical and laboratory evidence to suggest an acute coronary syndrome.

Case Report : A 29-year-old male with a past medical history of asthma and intravenous drug abuse presented to the emergency department with a witnessed seizure which lasted for 20 minutes and aborted spontaneously. His spouse described the jerking of his two upper limbs and associated eye-rolling and tongue biting. There was no loss of continence. He had a prior history of seizure in the past year, but defaulted neurology follow-up. On arrival in the emergency department, the patient was cyanosed and hypoxic on room air with oxygen saturation of 85%. He was also tachycardic at 110 beats per minute. An electrocardiogram performed showed sinus tachycardia, T wave inversions in the inferior leads and Q waves present in lead III. Serum cardiac troponin T was noted to be grossly elevated at 519 ng/L (normal <30 ng/L). The CT brain showed some white matter changes with slight loss of volume, suggestive of leukodystrophy. In view of the previous investigations and chest radiography findings of bilateral lung infiltrates, another diagnostic possibility considered was that of an acute coronary syndrome. The patient was hence admitted under the care of the Cardiovascular Medicine (CVM) department.

Conclusion : The 2012 Joint European Society of cardiology, American Heart Association and World Heart Federation Taskforce recommends that an elevated value of cardiac troponin, in the absence of clinical evidence of ischaemia, must prompt a search for other causes of myocardial necrosis.

P 093. COMAS NON TRAUMATIQUES DES SUJETS AGES ADMIS EN REANIMATION

AUTEURS : J.GUISSOUMA, I.TRABELSI*, H.GHADHOUNE, H.ALLOUCHE, H.BRAHMI, M.SAMET, S.SOUISSI, H.EL GHORD.

Service de réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa Bizerte

Introduction : La demande d'admission des sujets âgés (SA) 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 SA nécessitant la réanimation d'autant plus s'il s'agit d'un malade comateux. C'est dans ce cadre qu'on s'est proposé de réaliser une étude concernant les comas non traumatiques (CNT) des SA 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 Juillet 2014 et juillet 2016. Durant cette période 140 patients âgés de plus de 65 ans étaient hospitalisés dont 52 étaient comateux. Les données démographiques, 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 SA comateux représentent 37% des SA admis au cours de la période de l'étude. L'âge moyen était de 75±6 ans. La prédominance masculine était nette avec un sexe ratio de 1,7. Les comorbidités les plus rencontrées étaient les ATCD cardiovasculaires dans 71% des cas, l'insuffisance respiratoire chronique dans 48% des cas, le diabète dans 44% des cas, les AVC dans 21% des cas et l'insuffisance rénale chronique dans 15% des cas. Le coma était en rapport avec une encéphalopathie : hypercapnique dans 25% des cas, septique dans 19% des cas, hypoxémique dans 15% des cas et en rapport avec un AVC dans 17% des cas. La sévérité du tableau clinique à l'admission était évaluée par les scores : IGS2 (moyenne de 62±22), APACHE2 (moyenne de 29±9) et sofa score (moyenne de 9±2). A l'admission; 21% des patients avaient une instabilité hémodynamique, 78% avaient un rapport P/F ≤300 et 36% avaient une acidose métabolique. Quarante-neuf pour cent des patients ont été intubés et 3,8% ont eu de la VNI avec une durée moyenne de ventilation mécanique de 13 ±17 j. L'évolution était compliquée par un état de choc dans 71% des cas, une PAVM dans 32% des cas, un SDRA dans 15% des cas et des escarres dans 30% des cas. La durée moyenne du séjour était de 14±17 j. La mortalité était de 78%. En analyse univariée, les facteurs associés au décès étaient les scores IGS2, APACHE2 élevés, l'acidose métabolique à l'admission ainsi que le recours à la dialyse. En analyse multivariée aucun de ces facteurs n'était significatif.

Discussion : Le CNT qu'il soit organique ou métabolique est associé à une mortalité très élevée atteignant 87% dans certaines séries. Cette mortalité semble être plus importante chez les SA que chez les adultes (55% versus 36%). L'âge dans notre étude n'était pas identifié comme facteur pronostique; néanmoins la gravité du tableau clinique initial était un facteur prédictif de mortalité.

Conclusion : Selon notre étude, ni l'âge ni la profondeur du coma n'étaient identifiés comme facteurs de mauvais pronostic ce qui nous incite à une prise en charge optimale du SA comateux.

P 094. VALEUR PRONOSTIQUE DES TROPONINES HYPERSENSIBLES CHEZ LE TRAUMATISÉ CRANIEN

AUTEURS : NASRI O*, JENDOUBI A, MALOUCHE A, BELHAOUANE H, ABBES A, MESSAOUD R, GHEDIRA S, HOUISSA M.

Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction : Les traumatismes crâniens (TC) sont fréquents et peuvent avoir des conséquences potentiellement graves. Des lésions myocardiques peuvent être observées au cours la phase aiguë de l'agression cérébrale secondaire à la stimulation sympathique intense d'origine centrale [1]. Des études très récentes ont permis d'établir que l'utilisation de troponines ultrasensibles (TUS) pouvait améliorer les performances diagnostiques de ce biomarqueur dans la détection précoce du dommage myocardique. L'objectif principal de ce travail était d'étudier l'impact pronostique de la concentration sérique des TUS à la phase initiale de la prise en charge des traumatisés crâniens en termes de mortalité hospitalière.

Patients et méthodes : Etude prospective observationnelle incluant les patients traumatisés crâniens et polytraumatisés (score AIS <3) âgés de 18 ans et plus pris en charge dans le service de réanimation -chirurgicale de l'hôpital Charles Nicolle depuis le mois de janvier 2016. Pour chaque patient, nous avons relevé les données démographiques, les scores de gravités (IGS II, SOFA) à l'admission, les paramètres cliniques et biologiques notamment les valeurs de TUS ainsi que le devenir du patient : la mortalité hospitalière, la durée de séjour en réanimation et la durée de ventilation mécanique ainsi que l'échelle GOS. Pour la détermination du seuil de TUS prédictif de mortalité, nous avons établi des courbes ROC. $P < 0,05$ est considéré comme significatif.

Résultats : L'étude a inclus 40 patients d'âge moyen de 38 ± 19 ans (H/F=35/5), le TC était grave dans 50% des cas et isolé chez 55 % des malades. L'IGS II médian était de 28.2 (15-52) et l'ISS médian était de 25 (9-45). Les principales complications au cours de l'hospitalisation étaient la pneumopathie nosocomiale dans 85% des cas et un choc septique dans 47.7% des cas. La durée de séjour médiane était de 21 jours (6-87). La mortalité hospitalière était de 17,5%. La courbe ROC testant le taux de TUS H0 comme facteur pronostique de mortalité chez les TC retrouvait une aire sous la courbe (ASC) de 0,784 (IC95% : 0,58 – 0,97) avec une sensibilité de 86 % et une spécificité de 76 % pour la valeur seuil retenue de 24,5 ng/l. Pour la valeur de TUS à H24, l'ASC était à 0,732 (IC95% : 0,49 – 0,96) (figure 1).

Conclusion : l'augmentation de troponines US à la phase aiguë de TC serait prédictive de mortalité.

Références :

[1] Bhagat H et al. ST elevation—an indication of reversible neurogenic myocardial dysfunction in patients with head injury. *Ann Card Anaesth* 2009

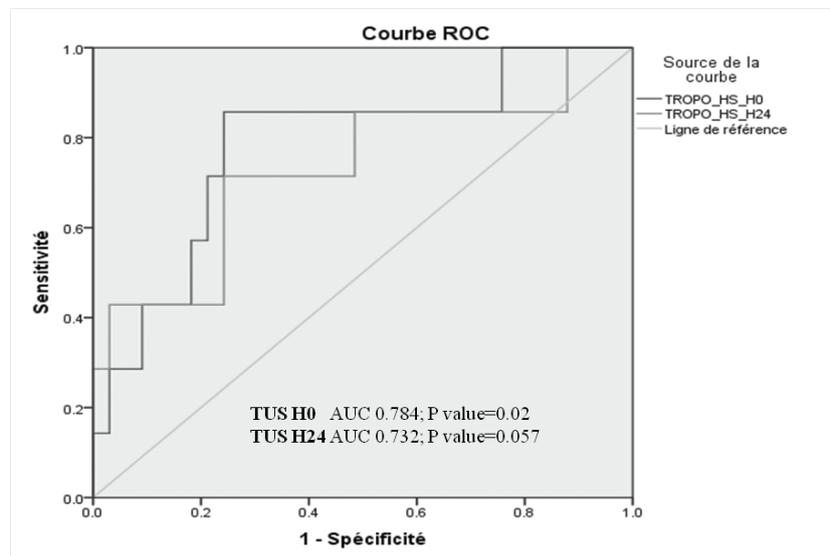


FIGURE 1 : COMPARAISON DES COURBES ROC DE LA TROPONINE HS À H0 ET H24 POUR LA PRÉDICTION DE LA MORTALITÉ HOSPITALIÈRE

P 095. DYSFONCTION DIAPHRAGMATIQUE EN REANIMATION

AUTEURS : BOUJELBENE N, JABLA R., BEJI ZORGATI O., ATIG R., HACHANI A., ROMDHANI S., HMOUDA H.

CHU sahloul service de reanimation medicale

Introduction : L'IRA en rapport avec une atteinte de la fonction neuromusculaire (fonction pompe) est responsable d'une hypoventilation alvéolaire marquée par une hypercapnie. Les étiologies sont multiples et peuvent être liées à une atteinte de la commande centrale, du soufflet thoracique ou des voies de la conduction aérienne. Mais parfois le diagnostic étiologique reste indéterminé. Nous rapportons l'observation d'une patiente illustrant cette problématique.

Observation : Mademoiselle M.L, âgée de 39 ans qui présente depuis le jeune âge une malformation cervico-rachidienne non suivie et non explorée, mais sans retentissement sur la patiente qui était parfaitement autonome jusqu'au jour où elle a été acheminée aux urgences dans un tableau de coma hypercapnique en rapport avec une hypoventilation alvéolaire secondaire à une dysfonction du muscle diaphragmatique confirmée par une échographie de ce muscle. Cette paralysie diaphragmatique a été à l'origine d'une difficulté de sevrage de la ventilation mécanique nécessitant le recours à une trachéotomie. Un bilan étiologique exhaustif a été entrepris avec entre autres : une IRM cérébro-médullaire faite devant les antécédents de malformation cervicale a montré certaines anomalies chroniques n'expliquant pas le tableau aiguë. Par ailleurs le bilan toxicologique ainsi que l'enquête microbiologique étaient négatifs

Pour les causes périphériques neuro-musculaires ; la myasthénie a été évoquée devant l'âge, le sexe, la notion de faiblesse musculaire et de fatigabilité en fin de journée. Un test à la prostigmine réalisé a permis un gain de 20 mmHg sur la capnie ; le mestinon a alors été instauré. L'EMG à fibre unique avait montré l'absence de bloc neuromusculaire avec des tests spécifiques de recherche de myasthénie négative. Le dosage des anticorps anti acétylcholine, anti -MUSK et anti-nucléaires était négatif. D'où l'arrêt du mestinon sans retentissement clinique. Cependant, l'EMG avait montré des signes électriques évocateurs d'une atteinte myogène diffuse d'origine vraisemblablement inflammatoire (allure myositique) sans signes évidents d'atteinte neurogène périphérique. Une Biopsie musculaire faite a pu montrer un aspect morphologique d'une polymyosite alors que le dosage enzymatique musculaire a toujours été normal. Après confrontation multidisciplinaire, le diagnostic de myosite inflammatoire restait toutefois discutable.

Conclusion : Devant la survenue d'une atteinte diaphragmatique isolée, l'anamnèse demeure un point clé ; le bilan initial (biologique, radiologique, fonctionnel et électromyographique) a pour but d'une part, de confirmer l'atteinte, de quantifier le degré de dysfonctionnement, de localiser le niveau de la lésion afin d'aboutir à un diagnostic. Ce dernier peut s'avérer dans certain cas très complexe. Ainsi, le séjour en réanimation de ces patients est souvent prolongé avec un pronostic réservé surtout en l'absence de traitement spécifique.

P 096. UN ETAT D'AGITATION AUX URGENCES REVELANT UN NEUROLUPUS ; A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : MAHDHAOUI.S*. BACHROUCH M. MENJOUR.MB. BEN DHIAA.R. ISSAOUI.S. THABET.H.

Centre Mahmoud Yacoub d'assistance médicale urgente Tunis

Introduction : Les troubles psychotiques faisant partie des critères diagnostiques selon l'American College of Rheumatology (ARA), mais ils sont rarement révélateurs et sont source de difficultés diagnostiques.

Cas clinique : femme âgée de 17ans sans antécédents qui consulte aux urgences pour agitation depuis deux semaines avec altération de l'état général. L'examen clinique objectivait une agitation avec des hallucinations des réflexes ostéotendineux vifs avec un signe de Babinski à droite, apyretique, état hémodynamique stable, une hématurie microscopique. Biologie : une bicytopénie ; leucopenie et thrombopénie. Un scanner cérébral fait sans anomalie, recherche toxique négative. Devant ce tableau l'enquête étiologique était complétée par la recherche des anticorps antinucléaires, anti-ADN natifs et antiphospholipides qui étaient positifs. L'évolution fut favorable sous corticothérapie orale, neuroleptique et antidépresseur.

Conclusion : Devant toute symptomatologie psychiatrique atypique aux urgences, surtout chez la femme jeune, il faut évoquer un lupus systémique.

Thème Toxicologie

P 097. HEPATITE FULMINANTE ET INTOXICATION CHRONIQUE AU PARACETAMOL.

AUTEURS : ROMDHANI S*, BEJI O, ATIGUE R, MEJRI O, HACHANI A, HMOUDA H.

Service Réanimation Médicale Sahloul

Introduction : Les hépatites médicamenteuses représentent la principale cause d'hépatite fulminante et particulièrement les hépatites toxiques en rapport avec le paracétamol. Certaines études rapportent qu'environ 30 % des intoxications au paracétamol sont précédées par des ingestions répétées et concluent également au fait que ces ingestions répétées ont un pronostic plus mauvais que les intoxications aiguës. Dans ce cadre, nous rapportons un cas d'hépatite fulminante déclenchée par une intoxication chronique au paracétamol sur un terrain particulier.

Observation : Patiente A.N, âgée de 50 ans, institutrice, aux antécédents de migraine avec prise quotidienne (2 à 3 g/j) de paracétamol depuis 30 ans est admise en réanimation pour prise en charge d'une hépatite aiguë sévère dont la symptomatologie remonte à 15 jours marquée par l'installation brutale d'un ictère conjonctival, pour lequel la patiente a consulté un gastrologue qui a retenu le diagnostic d'hépatite aiguë d'origine médicamenteuse après avoir éliminé les autres causes d'hépatite avec notamment des sérologies d'hépatites virales et un bilan immunologique négatifs. Après 15 jours d'évolution, découverte d'un TP bas à 18% lors d'un bilan de contrôle pour lequel l'indication d'hospitalisation en urgences a été posée. A l'examen initial : un bon état de conscience notamment pas de signes d'encéphalopathie hépatique avec un état hémodynamique et respiratoire stables. A la biologie : une cytolysé (ASAT = 2344 UI / ALAT = 1609 UI/l) ; une cholestase (BD = 225 μ mol/l ; BT = 441 μ mol/l) ; une Hyperamoniémie à 100 μ mol/l ; un TP bas à 14% et une fonction rénale correcte. Une échographie abdominale ayant montré : une discrète dilatation des VBIH gauche avec un aspect hyper échogène en péri-porto-biliaire pouvant cadrer avec une cholangite sclérosante complétée par une bili-IRM montrant un foie d'hépatopathie chronique sans lésion focale suspecte et d'une cholangite sclérosante. Le diagnostic retenu par les hépatologues était une hépatite aiguë sévère compliquant une intoxication chronique au paracétamol et révélant une hépatopathie chronique. La conduite tenue fut essentiellement une bonne hydratation, la prévention de l'hypoglycémie ; du N acétyl-cystéine, de la vit K, la prévention de l'ulcère de stress. L'évolution a été marquée par l'amélioration de la cytolysé hépatique et du TP à 30% d'où son transfert en hépato-gastrologie où l'issue finale après treize jours d'évolution fut défavorable.

Commentaires : Des ingestions répétées, même modérés, régulières de paracétamol peuvent être toxiques à la longue, même si ce cas semble plutôt caricatural. Les facteurs de risque cliniques d'hépatotoxicité les plus fréquemment rapportés en cas d'intoxication chronique sont l'éthylisme chronique, le jeûne, la dénutrition et l'atteinte hépatique préexistante, ce qui était le cas de notre patiente.

Conclusion : L'hépatite fulminante est une maladie rare et souvent mortelle surtout en l'absence du traitement de référence qui est la transplantation hépatique en urgence. La prévention est donc cruciale, et dans ce volet, l'exposition chronique au paracétamol ne doit plus être banalisée mais plutôt faire l'objet d'investigations plus approfondies.

P 098. 75 MANIFESTATIONS CLINIQUE DE L'INTOXICATION PAR LE GUARANA : A PROPOS DE DEUX CAS

AUTEURS : M'RAD A, ESSAFI F*, BEN ABDERRAHIM A, BLEL Y, BRAHMI N.

Centre Mahmoud Yaâcoub d'Assistance Médicale Urgente et de Réanimation.

Introduction : La phytothérapie est de plus en plus utilisée dans le monde car réputée, à tort, dénuée d'effets indésirables. Le Guarana, une plante caféinée connue par ses effets hyperadrénergiques est le composant principal de plusieurs spécialités de phytothérapie comme le Plantalgic® et l'Aleomig® récemment commercialisés en Tunisie. Nous rapportons deux cas d'intoxications par phytothérapie à base Guarana.

Observation 1 : un homme âgé de 51 ans aux antécédents de diabète sous ADO, tumeur du rectum en rémission depuis 4 ans, et un AVC cérébelleux dont il n'a pas gardé de séquelles. Il a présenté une symptomatologie faite de céphalée et asthénie pour laquelle il a reçu une association de plantalgic® et Aleomig® pendant 7 jours. Il a été admis en réanimation pour un état de mal épileptique tonic-clonique généralisé. L'examen initial montre un patient apyrétique, comateux, pression artérielle à 190/100 mmHg, FC à 125 bat/min. Le bilan biologique à l'admission (glycémie, natrémie, calcémie) était sans anomalies. L'IRM cérébrale faite en urgence ne montre pas de lésions récentes. De même, L'EEG fait 20 h après l'arrêt des convulsions ne montre pas d'activité convulsive. L'évolution était rapidement favorable. Un surdosage en Guarana a été retenu comme l'étiologie de cet état de mal convulsif. Une année après abstention de la prise des comprimés de plantalgic® et Aleomig® il y n'a pas eu de récurrence des convulsions.

Observation 2 : une femme âgée de 19 ans, sans antécédents pathologiques notables, a ingéré dans un but suicidaire 10 comprimés de Plantalgic®. Elle consulte 4 heures après l'ingestion. L'examen clinique objective une patiente apyrétique, consciente, tachycarde à 130 bat/min, pression artérielle à 167/68 mmHg, le reste de l'examen est normal. La pression artérielle et la fréquence cardiaque se sont normalisées à H 12.

Conclusion : Le surdosage en Guarana, composant principal de plusieurs spécialités de phytothérapie, peut se compliquer d'un toxidrome adrénérgique fait essentiellement de tachycardie et d'hypertension artérielle et dans les cas les plus graves d'état de mal convulsif.

P 099. 76 INTOXICATION A LA LERCARNIDIPINE : A PROPOS DE TROIS CAS

AUTEURS : M'RAD A, ESSAFI F*, KHALFA M, BLEL Y, BRAHMI N.

Centre Mahmoud Yaâcoub d'Assistance Médicale Urgente et de Réanimation.

Introduction : La lercarnidipine est une 1,4-Dihydropyridine, inhibiteur calcique de troisième génération nouvellement introduite dans notre pays. L'intoxication aiguë est rare, à notre connaissance seulement deux cas ont été décrits dans la littérature. Nous rapportons trois cas d'intoxication aiguë et volontaire à la lercarnidipine.

Observation N°1 : patiente âgée de 45 ans, sans antécédents pathologiques, hospitalisée pour ingestion de 200mg de lercarnidipine. Elle a consulté les urgences 5 heures après l'ingestion. La symptomatologie se résumait à des vertiges, à une tachycardie à 123 bpm sans hypotension. L'électrocardiogramme (ECG) a montré une tachycardie sinusale. Le bilan biologique était sans anomalies. Un remplissage vasculaire par 1500 ml de cristalloïde a été administré. L'évolution était favorable. La durée d'hospitalisation était de 24 heures.

Observations N°2 : patiente âgée de 16 ans, consulte les urgences 2 h après une ingestion de 200 mg de lercarnidipine. L'examen initial, particulièrement cardiovasculaire, était sans anomalies. Un lavage gastrique a été fait. Neuf heures après, elle développe un état de choc avec une tachycardie à 170 bpm, une hypotension artérielle à 100/41 mmHg (PAM= 60 mmHg) et une froideur des extrémités. L'ECG montre une tachycardie sinusale à 170 bpm. Un remplissage vasculaire de 1000 ml de cristalloïdes a été réalisé sans amélioration de l'état hémodynamique motivant sa mise sous noradrénaline pendant 24 heures. L'évolution était favorable après un séjour de 60 heures en réanimation.

Observation N°3 : Patiente âgée de 19 ans, aux antécédents de dépression consulte les urgences 3 heures après ingestion de 120 mg de lercarnidipine, 3,5g de metformine, 600mg de Losartan et 20mg de molsidomine. L'examen était normal en dehors d'une tachycardie 109 bpm motivant son hospitalisation. L'ECG montre une tachycardie sinusale. L'évolution était favorable avec disparition de la tachycardie et transfert en psychiatrie 24 h après.

Conclusion : L'intoxication à la lercarnidipine est peu décrite dans la littérature. Les effets sont surtout la vasodilatation artérielle et la tachycardie. La prise en charge consiste à l'administration des agents vasoconstricteurs surtout la noradrénaline et dans les formes sévères l'insuline, le glucose et l'épuration extrarénale. L'évolution de nos patientes était favorable, à l'opposé des cas décrits dans la littérature.

P 100. 101 INTOXICATION COLLECTIVE MORTELLE A L'HYDROGENE SULFURE

AUTEURS : BEN GHEZALA H, SNOUDA S, KADDOUR M, BEN CHEIKH I.

Service universitaire des urgences et de réanimation médicale. Hôpital régional de Zaghwan.

Introduction : L'hydrogène sulfuré (H₂S), à pression atmosphérique et à température ambiante, est un gaz inflammable, incolore, à l'odeur fétide caractéristique, fréquemment qualifiée d'odeur d'oeuf pourri. Il peut être synthétisé de manière naturelle, par fermentation anaérobie de substances organiques soufrées, notamment dans les activités industrielles. L'H₂S est un toxique lésionnel et systémique. C'est un gaz très toxique et rapidement mortel.

Observations : Nous rapportons dans ce travail un cas inhabituel d'intoxication aiguë par inhalation d'hydrogène sulfuré (H₂S) en milieu domestique. Trois adultes âgés respectivement de 27, 32 et 35 ans, sans antécédents, sont retrouvés morts dans le jardin de leur domicile à côté d'un puit abandonné. Ils étaient dans une maison en plein préparatifs d'un mariage. Les témoins et les pompiers décrivent une forte odeur d'oeuf pourri qui oriente rapidement les recherches vers une intoxication aiguë par l'H₂S. Deux témoins ont été admis en réanimation pour oxygénothérapie et observation de 24 heures avec une évolution favorable. Les autopsies ne révèlent qu'une congestion poly viscérale. L'H₂S est recherché dans les échantillons de sang et de poumon par chromatographie en phase gazeuse couplée à un spectromètre de masse avec introduction par espace de tête. La recherche est négative dans les liquides biologiques, mais l'H₂S est mis en évidence dans les poumons à des concentrations décrites dans la littérature comme potentiellement létales.

Conclusion : Ce cas démontre que l'H₂S peut être impliqué dans des intoxications domestiques et que le dosage de l'H₂S dans le tissu pulmonaire s'avère utile lorsque les concentrations sanguines sont dans les limites de la normale.

P 101. ACTIVATED CHARCOAL IN ACUTE POISONING : A DOUBLE EDGE WEAPON

AUTEURS : MRAD A, MEJRI O*, BEN ABDERRAHIM A, BEN JAZIA A, BARGHOOUTH M, ESSAFI F, BLEL Y, BRAHMI N.

Department of intensive care unit and toxicology "CAMU" of Tunis

Introduction : Gastric decontamination with orally administered activated charcoal is still used by many physicians in patients with acute poisoning, despite that studies have shown no improvements in outcomes as well as for poisons with and without enterohepatic circulation. In addition, aspiration of activated charcoal has been associated with severe pulmonary damage. We report herein the case of severe ARDS complicating charcoal aspiration pneumonia.

Case presentation : A 47-year-old woman with history of arterial hypertension, diabetes mellitus, schizoaffective disorder, presented to emergency department one hour after voluntary ingestion of amlodipine (295mg). Initial physical examination showed a Glasgow Coma Scale (GCS) score of 15, a heart rate of 120 beats/min; respiratory rate of 26 breaths/min; blood pressure of 120/65 mmHg; and capillary saturation of 97%. The remainder of the physical examination as well as biological tests was unremarkable. She received 50g of activated charcoal and vascular filling with 500 ml of isotonic crystalloid. Thirty minutes later, she developed circulatory

shock requiring mechanical ventilation and norepinephrine infusion. During intubation procedure she presented vomiting. Tracheal aspiration brought activated charcoal. Subsequently, the patient developed acute respiratory distress syndrome; Initial PaO₂/FiO₂ was 59 mmHg, pulmonary compliance was low (18 ml/cmH₂O). Management included deep sedation, neuromuscular blockers, prone positioning and protective ventilation. Antibiotics with amoxicillin/clavulanic acid were given without antimicrobial documentation. The patient evolved favorably, norepinephrine was discontinued on day 5, as well as neuromuscular blockers. PaO₂/FiO₂ increased progressively to 300 mmHg on day 5. Weaning from mechanical ventilation was successfully performed on day 15 despite that she developed moderate ICU neuromyopathy. She was transferred on day 27 to the psychiatric department for further management.

Conclusion : In cases of acute poisoning with high risk of intubation, activated charcoal administration is to avoid even in patients with early presentation and normal mental status. In fact, intubation procedure exposes to charcoal aspiration that may cause severe ARDS.

P 102. INTOXICATION AU METHOTREXATE : COMPLICATIONS ET TRAITEMENT

AUTEURS : M^RAD A, ESSAFI F*, BARGHOUGH M, RAHALI I, BLEL Y, BRAHMI N.

Centre Mahmoud Yaâcoub d'Assistance Médicale Urgente et de Réanimation.

Introduction : Le méthotrexate est un antagoniste de l'acide folique utilisé dans le traitement des maladies de système et dans certains cancers. Certes l'intoxication aiguë est très peu fréquente et surtout accidentelle mais elle peut être très grave par le biais des complications hématologiques.

Méthodes : Etude rétrospective observationnelle incluant tous les patients hospitalisés pour intoxication aiguë au méthotrexate sur une période de 6 (2011-2016).

Résultats : Cinq patients (3H/2F) âgés entre 16 et 67 ans étaient colligés. L'intoxication était volontaire dans un seul cas et accidentelle dans 4 cas. Le délai de consultation était de 1 heure dans le cas de l'intoxication volontaire et de 5 jours [4-6 jours] dans les cas d'intoxications accidentelles. La dose supposée ingérée était de 672 mg [118-2000], la prise était répétée dans les quatre cas accidentels. Les signes digestifs étaient présents chez tous les patients. Il s'agissait de vomissements dans 5 cas et de douleurs abdominales dans 4 cas. Des lésions cutanées (érythème cutané, dermatite érosive et mucite), ont été observées chez 3 patients. Un seul patient avait de la fièvre à 39° C en rapport avec une surinfection des lésions cutanées. Les principales anomalies hématologiques consistaient en une leucopénie dans 3 cas (lymphopénie : n=2, neutropénie : n=1, thrombopénie : n=1). Une cytololyse, avec des transaminases à 10 fois la normale a été observée dans un cas. Trois malades de cette série ont reçu de l'acide folique. L'évolution était favorable dans tous les cas. La durée du séjour variait de 1 à 9 jours.

Discussion : Le méthotrexate (acide 4-amino-10-méthylfolique) appartient à la classe pharmacothérapeutique des anti-métaboliques. C'est un cytostatique sélectif de la phase S de la réplication cellulaire, plus actif sur les cellules à prolifération rapide comme les cellules épithéliales, hématologiques et tumorales. Son action s'exerce en effet par inhibition de la dihydrofolate-réductase (DHFR) d'où réduction de la synthèse des acides nucléiques. Ce mécanisme d'action explique l'effet toxique de ce médicament en particulier la mucite et la pancytopénie.

Conclusions : L'intoxication au méthotrexate est le plus souvent accidentelle secondaire à des erreurs de prescription ou de prise de ce médicament. La prévention passe nécessairement par la sensibilisation des médecins et des pharmaciens qui doivent bien expliquer aux patients que le rythme de prise est hebdomadaire et non journalier. Le traitement des formes sévères avec atteinte hématologique repose sur l'administration de l'acide folique.

P 103. TROUBLES DE L'HEMOSTASE : SAVOIR PENSEZ A L'ETIOLOGIE TOXIQUE

AUTEURS : M^RAD A, BENABDERRAHIM A*, BARGHOUGH M, ESSAFI F, MEJRI O, BENJAZIA A, BLEL Y, BRAHMI.N.

Service de réanimation polyvalente, centre d'assistance médicale-urgente (camu), tunis, tunisie

Introduction : Le chlorophacinone, raticide à action anti-vitamine K, fait partie des coumariniques de 1^{ère} génération à toxicité modérée dont les manifestations ne dépassent pas les 7 jours. Les manifestations hémorragiques tardives compliquent souvent les intoxications par les coumariniques de 3^{ème} génération. Nous rapportons le cas particulier d'une jeune patiente qui se présente aux urgences 3 semaines après l'ingestion volontaire de Chlorophacinone.

Observation : Patiente de 30 ans sans antécédents pathologiques notables se présentent aux urgences pour douleurs abdominales intenses associées à des ecchymoses étendues. L'examen initial a trouvé une patiente consciente, stable sur le plan hémodynamique, sensibilité abdominale, des ecchymoses étendues au niveau des 4 membres et au niveau de l'abdomen avec un œdème de l'hémicorps gauche sans saignement extériorisé. Les explorations biologiques ont montré une baisse importante du TP à 7% avec INR à 25 et une déglobulisation (de 9 g/dl à 6,5 g/dl au bout de 12 heures). Une série d'explorations incluant une échographie abdominale, une TDM abdomino-pelviennes et une fibroscopie digestive haute ont éliminé tout saignement. La reprise de l'interrogatoire a révélé l'ingestion volontaire de chlorophacinone 3 semaines au part avant. La patiente a reçu du PPSB 25 UI/Kg et de la vitamine K à raison de 30 mg/24h. L'évolution a été favorable.

Discussion : classiquement, le chlorophacinone est réputé avoir une demi vie de 7 jours. Dans le présent cas, les manifestations hémorragiques sont apparues beaucoup plus tardivement, ce qui nous incite à expliquer les variations toxico-cinétiques de ce produit.

Conclusion : Tous les raticides coumariniques, y compris ceux de la 1^{ère} génération, peuvent donner des manifestations hémorragiques retardées qui doivent nous inciter à penser à l'étiologie toxique en absence de causes hématologiques évidentes.

P 104. INTOXICATION AU GILENYA : A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : M'RAD A⁽¹⁾, BENABDERRAHIM A*⁽¹⁾, BARGOUTH M⁽¹⁾, ESSAFI F⁽¹⁾, MEJRI O⁽¹⁾, BENJAZIA A⁽¹⁾, THABET H⁽²⁾, BLEL Y⁽¹⁾, BRAHMI N⁽¹⁾.

(1) service de réanimation polyvalente, centre d'assistance médicale-urgente (camu), tunis, tunisie.

(2) service des urgences, centre d'assistance médicale-urgente (camu), tunis, tunisie

Introduction : Gilenya est un modulateur des récepteurs à la sphingosine 1 phosphate indiqué dans le traitement de la sclérose en plaque rémittente et récurrente. L'intoxication au gilenya est une intoxication qui est peu rapportée dans la littérature. Nous rapportons le cas d'une patiente hospitalisée pour bradycardie en rapport avec une intoxication aigue au gilenya.

Observation : Il s'agit de la patiente AF âgée de 47 ans suivie en neurologie depuis 23 ans pour sclérose en plaque sous gilenya et tegretoR et suivie en psychiatrie sous paroxatR pour dépression admise le 04/09/2016 pour ingestion volontaire de 7mg de gilenya (14cp). La patiente a consulté nos urgences à H2 de l'intoxication d'où son admission. L'examen initial a trouvé une patiente consciente avec un score de Glasgow à 15, FC 59 bpm, une pression artérielle à 93/51 mmHg, eupnéique, des ROT vifs avec un babinski positif. Le bilan biologique était sans anomalies. A l'ECG : rythme sinusal à 56 battements/minute avec un espace PR à 154 ms. L'évolution a été marquée par l'aggravation de la bradycardie avec une fréquence cardiaque oscillant entre 49 et 55 battements/minute nécessitant la mise de la patiente sous atropine au pousse seringue électrique à la dose de 0,25 mg/heure après un bolus de 0,5 mg. La patiente a été gardée sous atropine durant 10 heures avec une bonne évolution, une fréquence cardiaque après l'arrêt de l'atropine à 73 battements/minute.

Conclusion : L'intoxication au gilenya est une intoxication rare du faite de sa prescription limitée à certaines indications au cours de la sclérose en plaque. Les principaux effets indésirables du gilenya sont la prédisposition aux infections, l'œdème maculaire, la bradyarythmie, l'hypertension artérielle et la cytolyse hépatique. Dans notre travail la principale manifestation de l'intoxication au gilenya était la bradycardie sinusale qui a bien évolué sous atropine.

P 105. INTOXICATION AIGUE PAR LES INSECTICIDES : ETUDE ANALYTIQUE A PROPOS DE 80CAS

AUTEURS : M BACHROUCH*, A MRAD, S MAHDHAWI, K TURKI, AISSAOUI S, N JAOUA, K CHARBAJI, H THABET.

Service des urgences. Centre Mahmoud Yakoub d'assistance médicale urgente Tunis

Introduction : En raison de leur facilité d'accès, les insecticides sont couramment utilisés dans les tentatives de suicide. Ces intoxications aiguës constituent un motif de consultation fréquent aux urgences du CAMU.

Méthodes : C'est une étude rétrospective incluant tous les patients consultant aux urgences CAMU pour intoxication par insecticides pendant une période de neuf mois allant de janvier 2016 à septembre 2016.

Résultats : 80 patients ont été colligés. L'âge moyen était de 34 ans +/- 15 ans (14- 85 ans). Le sex-ratio était de 0.81. Deux patients étaient suivis en psychiatrie et deux autres avaient des antécédents suicidaires. L'intoxication était volontaire dans 60 cas (75%) et accidentelle dans 20 cas (25%). Trois types d'insecticides ont été retrouvés : les organophosphorés dans 64 cas (80 %), les carbamates inhibiteurs de cholinestérase dans 8 cas (10 %) et les pyréthrénoïdes dans 8 cas (10%). La voie d'intoxication était digestive dans 72 cas (90 %), respiratoire par inhalation accidentelle dans 7 cas (8,8%) et cutanée dans 1 cas (1,3 %). La quantité ingérée était minimale dans 61 cas et non précisée dans les autres cas. Le syndrome muscarinique était présent dans 26 % des cas avec myosis dans 11 cas, bradycardie dans 3 cas, bronchorrhée dans 3 cas, vomissements dans 13 cas, diarrhée dans 7 cas et hypersialorrhée dans 5 cas. Le syndrome nicotinique était présent dans 17.5% des cas avec tachycardie dans 8 cas et hypertension dans 9 cas. Deux patients ont développé un syndrome encéphalique avec coma nécessitant le recours à l'intubation et la ventilation mécanique. Le lavage gastrique a été effectué dans 5 cas (6.3%), le charbon activé a été utilisé dans 2 cas (2.5%), l'atropine a été administrée dans 30 cas (37.5%) et le contrathion dans 9 cas (11.3%). L'activité cholinestérasique était basse dans 6 cas (7.5%). 70 patients (87.5%) ont été gardés pour surveillance clinique de 2 à 6 heures aux urgences dont 15 patients ont été adressés à la consultation de psychiatrie. Dix patients (12.5%) ont été hospitalisés au service de réanimation dont un patient était décédé (1.3%). L'évolution était favorable pour les autres patients (98.8%).

Conclusion : Les insecticides sont largement utilisés en milieu agricole et domestique. L'exposition accidentelle ou volontaire à ces composés est potentiellement toxique, de pronostic souvent favorable mais pouvant être fatal dans certains cas.

P 106. HEMODIALYSE AU COURS DE L'INTOXICATION A LA METFORMINE

AUTEURS : M'RAD A⁽¹⁾, ESSAFI F*⁽¹⁾, BENHMIDA M⁽¹⁾, BLEL Y⁽¹⁾, BRAHMI N⁽¹⁾, HAJRI M⁽²⁾, JEBALI H⁽²⁾, SMAOUI W⁽²⁾, KHAADER R⁽²⁾, RAIES L⁽²⁾, BÉJI S⁽²⁾, ZOUAGHI K⁽²⁾.

¹Centre Mahmoud Yaâcoub d'Assistance Médicale Urgente et de Réanimation. ²Service de Néphrologie, Hôpital la Rabta.

Introduction : La metformine est l'un des antidiabétiques oraux les plus prescrits pour traiter le diabète de type 2. L'intoxication aiguë est associée à une acidose lactique et à des complications graves.

Méthodes : C'est une étude rétrospective descriptive sur 6 ans (2011-2016). Tous les patients ayant nécessité la dialyse suite à une intoxication aiguë à la Metformine ont été inclus.

Résultats : Durant la période d'étude 10 patients (2H/8F) ont été inclus. L'hémodialyse conventionnelle (HD) était la méthode utilisée. L'âge moyen était de 27 ± 13 ans. Ils avaient tous une fonction rénale normale avec un débit de filtration glomérulaire à l'admission de $100 \pm 19,7$ mL/min. L'intoxication était volontaire dans tous les cas. La dose supposée ingérée de metformine était de $33,2 \pm 16,5$ g, associée à d'autres molécules dans 4 cas. Le délai de consultation à l'hôpital était de $5 \pm 2,5$ heures post ingestion. Les signes digestifs étaient au premier plan avec : des douleurs abdominales (9 cas) et des vomissements (6 cas). Le coma et l'état de choc ont été observés dans un seul cas. Tous les patients avaient une acidose métabolique lactique : $\text{pH} = 7,26 \pm 0,15$, bicarbonate = 13 ± 4 mmol/L, acide lactique = $9 \pm 3,7$ mmol/L, trou anionique = $26,2 \pm 7,7$. Le dosage de la metformine n'a pas été fait. Le potassium sérique était de $3,8 \pm 0,4$ mEq / L. Tous les patients ont eu une seule séance de dialyse conventionnelle de 3 heures avec un débit de pompe entre 250 et 300. En poste dialyse, le pH moyen était de $7,37 \pm 0,02$, les bicarbonates étaient de $21,3 \pm 1,6$ et les lactates étaient de $3 \pm 1,4$ mmol/l. La durée de séjour à l'hôpital était de 61 ± 27 h. Une seule patiente est décédée, au cours de la séance de dialyse, dans un tableau de défaillance multiviscérale en rapport avec une acidose métabolique sévère : $\text{pH} = 6,94$ et bicarbonate = 4 mmol/l.

Conclusion : L'acidose lactique est la complication majeure de l'intoxication à la metformine. L'épuration extrarénale précoce est un moyen efficace qui permet l'élimination du médicament et la correction des troubles métaboliques.

P 107. PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES ADOLESCENTS ADMIS POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN MILIEU DE RÉANIMATION

AUTEURS : H. GHADHOUNE, J. GUISSOUMA, I. TRABELSI*, H. ALLOUCHE, H. BRAHMI, H. EL GHORD.

Hôpital Habib Bougatfa Bizerte. service de réanimation médicale

Introduction : Le suicide, à l'adolescence en particulier, était un tabou en Tunisie. L'observatoire social tunisien a publié récemment son 2^{ème} rapport annuel décrivant la situation dans notre pays. La région de Bizerte a été classée dans le groupe le plus touché par cette pathologie (1). Ce phénomène, de plus en plus médiatisé, reste peu étudié en milieu de réanimation pour cette tranche d'âge. Le but de ce travail est de décrire le profil épidémiologique des adolescents admis en milieu de réanimation pour tentative de suicide.

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive analysant tous les dossiers des patients admis en réanimation pour tentative de suicide entre janvier 2009 et décembre 2015 avec un âge entre 12 ans et 18 ans. Les données démographiques, cliniques, et évolutives ont été recueillies.

Résultats : Au cours de la période d'étude, 216 patients ont été admis en réanimation pour tentative de suicide. 46 adolescents (21%) ont été inclus. La médiane d'âge était de 17 (12-18). Une prédominance féminine a été constatée avec un sexe ratio de 0.39. Les médianes de l'IGS2 et de l'APACHE2 étaient respectivement de 12 (6-61) et 5 (0-30). Tous les patients étaient scolarisés. Une notion de conflit dans la famille a été retrouvée chez 30% des patients. Des antécédents psychiatriques ont été retrouvés chez 19.6% des patients. Les deux toxiques majeurs en cause étaient les psychotropes (34.8%) et les pesticides (32.6%). L'altération de l'état de conscience (GCS < 8 chez 23.9% des patients), la détresse respiratoire (P/F < 300 dans 21.7% des cas) ainsi que la nature et la quantité supposée ingérée du toxique ont été les principaux motifs d'hospitalisation en milieu de réanimation ; Le décès a été constaté chez une seule patiente âgée de 14 ans admise dans un tableau de SDRA et état de choc septique suite à une ingestion de psychotropes (anafranil, carbamazépine et dépakine) compliquée d'une pneumopathie d'inhalation avec une prise en charge tardive. Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 32.6% (15/46) des patients. L'état de choc est survenu chez 8.7% (4/46) des patients. La médiane de la durée de séjour était de 2 jours (1-28).

Conclusion : la réalité du suicide en Tunisie reste encore sous-estimée. Ce phénomène touchant aussi bien les adultes que les adolescents est un problème majeur de santé publique. Ses causes sont multifactorielles. Sa prise en charge commence par les enquêtes épidémiologiques à la recherche des facteurs de risque.

Références :

1- Rapport annuel 2015 de l'observatoire social tunisien. Forum tunisien des droits économique et sociaux.

P 108. INTOXICATION AIGUE PAR LA METFORMINE : PRISE EN CHARGE : A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : M BACHROUCH*, A MRAD, S MAHDHAWI, M'HAMDI A, E MANAI, A KAROU, H THABET.

Service des urgences. Centre Mahmoud Yakoub d'assistance médicale urgente Tunis

Introduction : Les intoxications volontaires par la metformine sont très rares. L'acidose lactique en est la complication majeure. Nous rapportons le cas d'une patiente admise pour ingestion de metformine à but d'autolyse.

Observation : Patiente HA âgée de 22 ans, sans antécédents pathologiques notables qui, suite à un conflit familial, a ingéré volontairement trente comprimés de Metformine 850 mg soit 25.5g. Elle a consulté les urgences à H4. Elle se plaignait de douleurs abdominales et de vomissements. L'examen initial a retrouvé une patiente consciente (SGC 15/15), polypnéique à 24 cycles/min, stable sur le plan hémodynamique avec TA = 130/80 et une légère sensibilité épigastrique. Le bilan biologique initial a montré une acidose lactique compensée et un taux de lactates à 8.6 mmol/L. Le reste du bilan était normal en particulier pas d'insuffisance rénale. La patiente a été admise au service de réanimation. Elle a eu une première séance d'épuration extrarénale

(EER) de 3 heures, mais devant la persistance de l'acidose $\text{PH}=7.36$ $\text{HCO}_3^- = 16.9$, le recours à une deuxième séance d'EER a été nécessaire. L'évolution a été marquée par la disparition des troubles digestifs et la correction des troubles métaboliques avec lactate post dialyse = 1.1 mmol/l.

Discussion : En plus du traitement symptomatique, les principes du traitement de l'intoxication par la metformine reposent sur, la correction de l'acidose métabolique et l'épuration extrarénale. L'utilisation d'un tampon bicarbonate permet de corriger l'acidose. La metformine, ayant un faible poids moléculaire et une faible liaison protéique est un toxique facilement dialysable. L'hémodiafiltration continue permet également une épuration significative de la metformine à condition d'utiliser un débit d'ultrafiltration élevé.

Conclusion : L'intoxication volontaire par la metformine sur terrain sain est de bon pronostic à condition d'une prise en charge initiale adaptée de l'acidose lactique basée sur l'hémodialyse réalisée précocement.

P 109. INTOXICATION PAR LES SELS DE LITHIUM

AUTEURS : M'RAD A, ESSAFI F*, MEJRI O, OMRANE M, BLEL Y, BRAHMI N.

Centre Mahmoud Yaâcoub d'Assistance Médicale Urgente et de Réanimation.

Introduction : Le lithium est le traitement de choix des maladies maniaco-dépressives, dans les épisodes aigus et en prévention des rechutes [1]. L'intoxication est la complication à redouter compte tenu de sa marge thérapeutique étroite. L'épuration extrarénale constitue un traitement efficace au cours des intoxications aiguës et chroniques.

Méthodes : étude rétrospective descriptive incluant tous les patients admis pour prise en charge d'une intoxication au lithium sur une période de 8 ans (2009-2016).

Résultats : Nous rapportons une série de 27 patients (18H/9F), âgés de 50 ± 12 ans, admis en unité de soins intensifs pour intoxication au lithium. L'intoxication était chronique dans 16 (60%) cas et aigues sur chronique dans 10 cas (37%) et aigue dans un seul cas (3%). Pour les intoxications aiguës : neuf étaient volontaires, la dose supposée ingérée était de $3 \pm 1,5$ g et le délai de consultation était de 10 ± 5 heures. Les signes digestifs étaient au premier plan : vomissement (n=14), douleurs abdominales (n=12). Les signes neurologiques étaient présents chez tous patients : tremblement (n=15), asthénie (n=6), dysarthrie (n=4), convulsion (n=4), coma (n=7). Le bilan biologique à l'admission montre une insuffisance rénale aigue en rapport avec l'intoxication chez 15 patients (56%). La lithémie à l'admission était de 2,7 mEq/l [1,3-10]. Le traitement reposait sur l'hy-perhydratation. Le recours à l'épuration extrarénale était nécessaire dans 8 cas (30%), pour altération de l'état neurologique dans 5 cas, et pour un taux de lithémie élevé supérieure à 4 mmol/l dans 3 cas. Le nombre des séances d'hémodialyse était en moyenne 2 avec des extrêmes entre 1 et 4, avec une durée médiane de 3 h chaque séance et un débit de pompe 250 à 300ml/min. L'évolution était favorable dans 26 cas, avec une durée moyenne d'hospitalisation de 180 ± 80 heures.

Conclusion : L'intoxication par le lithium semble rare mais une fois le lithium prescrit les malades doivent bénéficier d'une surveillance rapprochée. L'épuration extrarénale est le traitement de choix dans les intoxications graves.

1-Inagaki A, Takeshima T. Seishin Shinkeigaku Zasshi. Metabolic and lithium monitoring in Japanese psychiatric outpatient clinics. 2014; 116(2):130-7.

P 110. INTOXICATION VOLONTAIRE A L'INSULINE : UNE SERIE DE CAS

AUTEURS : HABACHA S., CHATBRI B., FOU DHAILI N., M'RAD A., BLEL Y., BRAHMI N.

Réanimation médicale/ CAMU

Introduction : Les tentatives de suicide par injection d'insuline n'est pas rare, elle se voit aussi bien chez les diabétiques que chez les non-diabétiques, mais peu de séries ont été décrites dans la littérature. Notre objectif était de décrire l'intoxication à l'insuline dans une série de cas.

Méthodes : Notre étude était rétrospective. Elle a inclus tous les patients ayant fait une intoxication à l'insuline et ayant été admis dans notre service durant la période allant de 2012 à 2015. L'intoxication à l'insuline a été retenue devant l'anamnèse (injection d'insuline sans indication thérapeutique), les signes cliniques d'hypoglycémie (les sueurs, les signes neurologiques et les troubles digestifs ...), et devant une glycémie capillaire inférieure à 0,5 g/L chez les non diabétiques et à 0.6g/L chez les diabétiques.

Résultats : Quarante-trois patients ont été recueillis, le sex-ratio était de 0,72. L'âge moyen était de 31 ± 13 ans. Uniquement, 32% des patients étaient diabétiques. La médiane de la dose injectée était de 120 UI [50; 302]. L'insuline ordinaire (IO) a été utilisée dans 30% des cas, l'insuline lente (IL) dans 58% des cas, l'intoxication était mixte dans 7% des cas. La voie d'administration était la voie sous-cutanée dans tous les cas. Le délai moyen d'apparition des symptômes était de une heure et 45 min avec des extrêmes de 15 minutes et 2 heures pour l'IO. Il était de 3 heures avec des extrêmes de 1 et 6 heures pour l'IL. Les symptômes les plus fréquents étaient les vertiges (53,5%), les sueurs (42%), les palpitations (23%), le coma (21%), les paresthésies (18%), les nausées (14%) et les convulsions (11%). La médiane de la glycémie capillaire au premier contact médical était de 0,5 g/L [0,36; 0,71]. La médiane de la dose injectée, le premier jour, d'hydrates de carbone était de 175g [90; 200]. Le recours à une voie centrale n'était nécessaire que pour un seul cas. L'évolution a été favorable dans 93% (n = 40) avec sortie de l'hôpital en 1,5 jours $\pm 0,68$. L'intoxication était fatale dans deux cas ; un patient est resté en coma chronique. Le point commun entre ces trois patients était une prise en charge tardive.

Conclusion : L'intoxication à l'insuline pourrait avoir un bon pronostic si la prise en charge est précoce et adéquate.

P 111. NÉCROLYSE ÉPIDERMIQUE TOXIQUE (NE) : EXPÉRIENCE D'UN SERVICE DE RÉANIMATION TUNISIEN

AUTEURS : YAMINA HAMDAROU(1), KHAOULA MEDDEB(1), HEND BEN LAKHAL(1), NESRINE SMA(1), AHMED KHEDHER(1), JIHENE AYACHI(1), MESSAOUDA KHELFA(1), HEDIA HAMMED(1), IMED CHOUCHE(1), MOHAMED BOUSSARSAR(1,2).

1. Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse.

2. Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse. Tunisia

Introduction : La nécrolyse épidermique toxique (NET) incluant les syndromes de Lyell et de Stenvens-Johnson (SJS) est une toxidermie grave et de survenue imprévisible, dont le diagnostic est basé sur l'anamnèse, la clinique et l'histologie. Elle impose une prise en charge précoce dans un milieu de soins intensifs et idéalement dans un service de réanimation des brûlés. Dans cette étude, on rapporte les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients ayant présenté une NET dans le service de réanimation médicale au CHU Farhat Hached à Sousse.

Patients et Méthodes : Etude descriptive rétrospective réalisée sur 16 ans entre janvier 2000 et septembre 2016. Il a été analysé tous les dossiers des patients hospitalisés dans le service pour une nécrolyse épidermique toxique.

Résultats : Durant la période de cette étude, il y avait 16 cas de NET qui ont été hospitalisés, ce qui correspond à une incidence de 0,35% des admissions du service. La quasi-totalité des patients ont été admis suite à un transfert secondaire, essentiellement du service de dermatologie du même hôpital. Le délai de transfert était de 4,75 jours. Le sexe ratio était de 0,45. L'origine médicamenteuse a été retrouvée dans tous les cas d'étude. Les médicaments incriminés appartenaient à plusieurs familles thérapeutiques, tels que les anti-convulsivants, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les antibiotiques. Le délai d'apparition des symptômes, par rapport à la prise du médicament incriminé, était estimé à 4,7±3,0 jours. Les lésions de décollement cutané ont touché les différentes parties du corps mais surtout le tronc, la face et les racines des membres. La surface cutanée décollée moyenne était de 50±18%. La quasi-totalité des patients ont eu une atteinte des muqueuses surtout la muqueuse buccale, génitale et bronchique. L'atteinte respiratoire, rénale et hépatique ainsi musculaire étaient présentes dans la plupart des cas. Le score SAPS II moyen était de 27±10. Le score OMEGA moyen était de 40±25. La durée moyenne d'hospitalisation était de 8 jours. Le séjour en réanimation a été compliqué dans la majorité des cas par les infections. Le taux de mortalité était de 50%. L'état de choc septique était la cause de décès chez tous les patients.

Conclusion : La nécrolyse épidermique toxique est un syndrome très rare mais relève d'une urgence vitale. La prise en charge, qui devrait être précoce, en milieu de soins intensifs pourrait améliorer le pronostic vital et fonctionnel des patients.

P 112. INTOXICATION GRAVE PAR CHLOROPHACINONE : A PROPOS UN CAS

AUTEURS : MAHDHAOUI.S*.BACHROUCHM.CHARBAGI.K.ISSAOUI.S.THABET.H

Service et Hôpital : Centre Mahmoud Yacoub d'assistance médicale urgente Tunis

Introduction : La prise volontaire de raticides est fréquent en Tunisie, les effets secondaires sont prolongés et peuvent être sévères.

Cas clinique : Une patiente âgée de 30 ans consulte aux urgences 15 jours après une ingestion volontaire d'un raticide. L'examen initial a trouvé une patiente consciente TA=138/100mmHg Fc=100batt/min des plaques ecchymotiques généralisées avec des œdèmes des deux membres supérieures. Biologie : TP=7,5 ; INR=24,9 plaquettes= 378 000 GB= 15000 une échographie abdominale : épanchement de faible abondance.

La patiente était admise en milieu de réanimation. La conduite à tenir : elle a reçu 12fl de PPSB et deux ampoule de vit K. Bilan de contrôle fait TP= 80% , INR= 1,8 l'évolution était favorable.

Conclusion : En cas d'intoxication par raticide anticoagulant, les troubles de la coagulation se manifestent après 2 à 3 jours et persistent plusieurs semaines. La vitamine K1 est l'antidote.

P 113. INTOXICATION MORTELLE PAR LE PARAPHENYLENE DIAMINE(PPD) EXPERIENCE DU CENTRE ANTI POISON TUNIS (CAP) A PROPOS UN CAS

AUTEURS : MAHDHAOUI.S*.BACHROUCHM.MENJOUR.MB.BEN DHIAA.R.ISSAOUI.S.THABET.H.

Centre Mahmoud Yacoub d'assistance médicale urgente Tunis

Introduction : La pierre noire ou encore la paraphénylène diamine PPD, utilisée comme teinture noire pour les cheveux, est l'un des produits utilisés à but d'autolyse.

Cas clinique : Le CAP a reçu un appel par un médecin pour se renseigné Il s'agit d'une femme âgée de 25 ans sans antécédents pathologiques ni psychiatriques qui a pris, dans un but d'autolyse, par voie orale un produit pour teinture de cheveux importé du Maroc à base de PPD. La patiente a été reçue aux urgences à environ quatre heures de l'ingestion. L'examen initial : glasgow= 10 ; TA=90/50mmHg FC= 120batt/mn SaO₂= 80% des signes périphériques de choc, une bouffissure du visage. L'examen de la gorge retrouve : un œdème de la langue et des amygdales obstruant presque totalement la filière aérodigestive laissant néanmoins un fin pertuis. L'auscultation était spastique. Biologie Insuffisance rénale avec rhabdomyolyse. La réponse du CAP était : Ce produit est très toxique ; Un syndrome asphyxique par oedème cervico faciale infiltrant. Un syndrome musculaire (Rhabdomyolyse), une atteinte rénale est constante. Une méthémoglobinémie, une atteinte hépatique, une atteinte

myocardique peuvent exister. Le traitement consiste en une prise en charge immédiate des voies aériennes supérieures (VAS) puis de la rhabdomyolyse et de ses conséquences. Pas d'antidote de la PPD. Malgré une prise en charge rapide, l'évolution était défavorable, la patiente a décédé suite à un arrêt cardio respiratoire par hypoxie.

Conclusion : L'intoxication à la PPD est une urgence médicale lourde. Son diagnostic est surtout clinique et Le traitement est uniquement symptomatique.

P 114. ANTIHYPERTENSIVE DRUGS POISONING

AUTEURS : A.MRAD, H.FREDJ, M.KHALFA, Y.BLEL, N.BRAHMI.

Service de réanimation médicale Polyvalente et Toxicologique. CAMU

Introduction : Several classes of antihypertensives are prescribed in our country; the most used are Beta-blockers, Calcium channel blockers, angiotensin converting enzyme inhibitors, angiotensin II AT1 receptor antagonists and diuretics. Poisoning with these drugs is dangerous, and can be life threatening. Literature data in this subject are scarce. The aim of this study is to collect epidemiological data on antihypertensives poisoning.

Patients and Methods : This retrospective study included 143 patients in period between January 2012 and December 2015 of four years. Various parameters related with poisoning have been investigated in these cases, such as age, sex, history of mental illness, type of antihypertensive drug, clinical signs, treatment and outcomes. Data were analyzed by statistical methods in SPSS.

Results : One hundred forty four patients were reviewed with a mean age of 23 years [19; 32], including 104 women and 40 men. Thirty percent had psychiatric history. All cases were self inflicted. All patients were poisoned by only antihypertensive drugs. The most frequently incriminated antihypertensive drugs were beta-blockers (32, 6%), calcium channel blockers (25, 7%), angiotensin converting enzyme inhibitors (23, 6%) and angiotensin II AT1 receptor antagonists (18%). There were no isolated suicidal poisonings with diuretics. We observed isolated hypotension in 15 % of cases secondary to beta-blockers (in 3 cases), calcium channel blockers (in 9 cases) and angiotensin converting enzyme inhibitors (in 9 cases). Three patients developed cardiogenic shock with beta-blockers and required vasoactive drugs and airway protection, ten patients developed vasoplegic shock with angiotensin converting enzyme-inhibitor (in one case), calcium channel blockers (nine cases). All patients poisoned by angiotensin II AT1 receptor antagonists were asymptomatic. Gastric lavage was performed in 20% of cases and activated charcoal in 5% of cases. Mean length of hospital stay was 30 hours. Mortality rate was 1.4% (2 cases).

Conclusion : Antihypertensives poisoning is a medical emergency that can lead to circulatory shock and cardiac arrest. Public education is important to minimize these poisonings and to reduce mortality.

Scoring et procédures

P 115. EARLY MOBILIZATION IN A MEDICAL ICU : A FIRST TUNISIAN EXPERIENCE

AUTEURS : NESRINE SMA⁽¹⁾, AHMED KHEDHER⁽¹⁾, YAMINA HAMDAROU1, KHAOULA MEDDEB⁽¹⁾, JIHENE AYACHI⁽¹⁾, HEND BEN LAKHAL⁽¹⁾, MESSAOUDA KHELFA⁽¹⁾, HEDIA HAMMED⁽¹⁾, HAJER HAFSA⁽¹⁾, RAJA BOUKADIDA⁽¹⁾, IMED CHOUCHE⁽¹⁾, MOHAMED BOUSSARSAR^(1,2).

¹. Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse.

². Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse. Tunisia

Introduction : Critically ill patients are known to be complicated and their mobilization on the earliest days of ICU stay has shown to be feasible, well tolerated and beneficial. We aimed to assess the feasibility and tolerance of early mobilization as part of routine care in a Tunisian medical ICU.

Methods : A prospective period study conducted in a 7-bed-medical ICU with nurse/patient ratio at 1/3 over 12 months. Were studied, incidence density of four predefined activity events (sit on bed, sit in chair, stand-up and ambulate), onset delay, limitation factors and tolerance. Six activity-related adverse events were defined as fall to knees, catheters or tubes removal, systolic pressure drops more than 30mmHg, pulse increase by 20beats/mn or bradycardia, SpO₂ drop <80% and extubation.

Results : During the study period, we conducted a total of 1265 activity events in 127 patients. The mean length of stay was 11.8±12.3days and the global incidence density was 842 activities/1000 patient.days. The mean age was 56.4 years ±19.9. 44(34) patients had a BMI>30kg/m². Mean SAPS II score was 29.9±12.9 years. At ICU admission 54(42.5) patients were on invasive mechanical ventilation, 38(29.9) patients were on NIV and 27(21.3) patients had vasopressors. Onset delay to the first activity was 5.8±3.8days for patients on mechanical ventilation. 21(16.5) patients had vasopressors when they did their first activity and the onset delay for those patients was 5.6±3.5days. The first activities consisted only in "sit on bed", 80.3% and "sit in chair", 19.7%. Neither standing nor ambulation was done as a first activity. The activity events included 306(24.2) sit on bed, 629(49.8) sit in chair, 182(14.3) standing position and 148(11.7%) ambulation. Incidence density of activities was 604 activities/1000 patient.days for patients with invasive mechanical ventilation, 1233 for those with NIV and 1004 for patients without mechanical ventilation. In patients on ambulation 6 had endotracheal tube, 19 had tracheostomy and 27 had NIV. Twenty eight incidents occurred (2.1%). They consist in hypotension (32.1%), tachycardia (46.4%), one fall to knees, 3 feed tube removals, one urinary tube removal and only one central catheter removal was registered without harmful consequences. No accidental extubation occurred. No barrier to critically ill patient was found.

Discussion : Our study proves that early mobilization is feasible and safe for all patients including those with mechanical ventilation. Our results are in line with literature [1]. Sricharoenchai in an observational study conducted in Baltimore ICU over 30-month period including 5267 activities showed a low incidence of early mobilization adverse effects (0.6%)[2].

Conclusion : This study shows the feasibility and safety of an uncommon practice in a relatively poor resources and low patient-nurse ratio medical ICU.

P 116. EVALUATION OF PROFESSIONAL PRACTICES : AN AUDIT AND FEEDBACK INTERVENTION ON ANTIBIOTIC PRESCRIPTION IN A TUNISIAN MEDICAL ICU

AUTEURS : HEND BEN LAKHAL⁽¹⁾, DORRA MLIKA⁽³⁾, KHAOULA MEDDEB⁽¹⁾, AHMED KHEDHER⁽¹⁾, JIHENE AYACHI⁽¹⁾, NESRINE SMA⁽¹⁾, NESRINE FRAJ⁽¹⁾, MESSAOUDA KHELFA⁽¹⁾, HEDIA HAMMED⁽¹⁾, HAJER HAFSA⁽¹⁾, RAJA BOUKADIDA⁽¹⁾, IMED CHOUCHE⁽¹⁾, OLFA GLOULOU⁽³⁾, MOHAMED BOUSSARSAR^(1,2).

¹. Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse.

². Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine. University of Sousse. Tunisia

Background : The improvement of patient safety and quality of health care is the main goal of the Joint Commission International standards. One of these sections covers medication management and use. The standard recommends the requirement for a trained professional to review medication orders or prescriptions for appropriateness. In practice, this review process is usually performed by a clinical pharmacist. The aim of our study was to evaluate the impact of the clinical pharmacist intervention in medication orders.

Methods : This prospective study was conducted in a 7-bed medical ICU in Sousse, between November 2014 and August 2015. Patients who were admitted for at least one overnight stay were included. This study was performed in two periods, 1/ an audit to identify the discrepancies of the medical prescriptions, 2/ a "before/after" intervention study to evaluate the impact on medical prescriptions. The French Society of Clinical Pharmacy sheet was used to collect data.

Results : Over a ten months' period, 68 patients were followed and 379 sheets were analyzed, gathering all the pharmacological classes. 148(39) discrepancies were identified, mainly related to drug interactions (69(46,6)). 4.2% had no clinical impact, 4.2% had mild and none had severe impact. The most common classes involved in medication discrepancies were anti-infective, 53(35,8) ; cardiovascular, 43(29) ; systemic hormonal preparations, 14(9,5) and anticoagulants, 13(8,7). The post intervention period was addressed to the anti-infective drugs' prescription. The discrepancies rate was significantly reduced from 53(63) to 33(39) respectively in a total of 84 patients.

Conclusion : Discrepancies seem to be common in a medical ICU, involving mainly drug interactions with rather a mild clinical impact. This could be significantly reduced by the intervention of a clinical pharmacist.

P 117. QUELLES ALTERNATIVES A L'ANTICOAGULATION D'UNE CIRCULATION EXTRA CORPORELLE LORS D'UNE THROMBOPENIE INDUITE A L'HEPARINE ?

AUTEURS : N SFEYHI*, R CHRIGUI, M ZAKRAOUI, M CHAABANI, M BOUGHATTAS, G ESSAFI, W NAIJA.

Service d'Anesthésie Réanimation, CHU Sahloul – Sousse

Introduction : La thrombopénie induite à l'héparine (TIH) est un état pro thrombotique déclenché par des anticorps dirigés contre le complexe formé entre l'héparine et le facteur 4 plaquettaire. La gestion de l'anti coagulation chez ces patients est souvent difficile notamment lors de la chirurgie cardiaque avec circulation extra corporelle (CEC). Nous rapportons le cas d'une patiente ayant une thrombopénie induite à l'héparine et proposée pour remplacement valvulaire mitral sous CEC.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 38 ans proposée pour un remplacement de la valve mitrale. Cette patiente a comme antécédent une maladie mitrale à prédominance sténosante compliquée d'une TACFA et d'une ischémie aigue du membre inférieur traité par fogartisation et héparinothérapie. Durant 5 jours, le taux de plaquettes passe de 333000 à 10000/mm³. Une semaine avant l'acte opératoire, la patiente a été hospitalisée pour arrêt des AVK et relais par héparine non fractionnée. L'évolution a été marquée par une rechute importante des taux plaquettes en 5 jours (de 225000/mm³ à 50000/mm³). Le diagnostic de thrombopénie induite à l'héparine était très probable devant un score 4T à 6/8 et un dosage des anticorps anti PF4 positif. La décision d'opérer la patiente sous Tirofiban (Agrastat*) et héparine a été prise. Le déroulement de l'acte opératoire était sans incident au cours duquel une perfusion continue de 0.15 mg/kg/h de Tirofiban a été entamée. Les suites opératoires étaient marquées par le décès de la patiente par une défaillance cardiaque.

Conclusion : La thrombopénie induite à l'héparine en chirurgie cardiaque constitue un défi de prise en charge pour le réanimateur, le chirurgien et le pompiste. Le tirofiban utilisé dans notre cas est un antagoniste non peptidique du récepteur GP IIb/IIIa. Il empêche la liaison du fibrinogène à ces récepteurs inhibant ainsi l'agrégation plaquettaire. Le danaparöide sodique, les hirudines et l'argatroban sont d'autres anticoagulants utilisables en CEC pour pallier à l'héparine. Cependant, tous ces anticoagulants sont non antagonisables par la protamine. Leur élimination dépend de leur demi-vie sérique.

P 118. ANALGESIE PREEMPTIVE PAR INFILTRATION CUTANEE A LA BUPIVACAÏNE DANS LA CHIRURGIE DE LA HERNIE DISCALE LOMBAIRE

AUTEURS : MS NAKHLI, M KAHOUL, N SFEYHI*, R CHRIGUI, W ZARROUK, G ESSAFI, W NAIJA.

Service d'Anesthésie Réanimation, CHU Sahloul – Sousse

Introduction : L'analgésie préemptive est une procédure de prévention de la douleur post opératoire par initiation d'un traitement de la douleur avant incision chirurgicale. Ce travail a pour objectif de comparer l'efficacité de deux protocoles d'infiltration cicatricielle à la bupivacaïne 0.5% sur la douleur post opératoire dans la chirurgie de la hernie discale lombaire.

Matériel et méthodes : Etude prospective randomisée comparant deux protocoles de gestion de la douleur post opératoire après chirurgie de la hernie discale lombaire :

Groupe 1 : infiltration pré incisionnelle du site opératoire avec 100mg de bupivacaïne 0,5% isobare. **Groupe 2 :** infiltration cicatricielle subfaciale avant fermeture cutanée par 100mg de bupivacaïne 0,5% isobare. Les paramètres évalués sont : la consommation de fentanyl en peropératoire, l'EVA post opératoire, le délai de la première demande analgésique.

Analyse statistique : Test t de Student, Test de Chi2, seuil de significativité : p<0,05.

Résultats : Nous avons inclus 40 patients dans notre étude (20 patients dans chaque groupe). Les deux groupes étaient comparables. La consommation moyenne de fentanyl était moindre pour le groupe 1 (G1 : 275µg, G2 :363µg) mais cette différence était non significative (p=0,083). Le score EVA était comparable entre les 2 groupes (p=0,891). Le délai de la première demande analgésique était comparable entre les deux groupes (G1= 220 min, G2= 208 min, p=0,24). Aucune complication n'a été notée.

Conclusion : L'infiltration pré incisionnelle à la bupivacaïne est une technique simple sûre et efficace dans l'analgésie post-opératoire. Elle permet même de réduire la consommation peropératoire de morphiniques. Une étude avec une plus grande puissance statistique pourrait prouver le bien-fondé de cette hypothèse.

P 119. INCIDENCE ET COUT SOCIO-ECONOMIQUE DES MALADES CANDIDATS A UNE LIMITATION OU ARRET DES THERAPEUTIQUES ACTIVES DANS UN SERVICE DE REANIMATION POLYVALENTE

AUTEURS : M KAHOUL, MS NAKHLI, A CHAKROUN*, M KHEDHER, R CHRIGUI, M BOUGHATTAS, W NAIJA.

Service d'anesthésie réanimation. CHU Sahloul Sousse.

Introduction : L'absence de cadre légale organisant la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) nous oblige à faire des acharnements thérapeutiques non justifiés. Notre but est de déterminer l'incidence des malades candidats à une LATA, leurs caractéristiques sociodémographiques et le retentissement socioéconomique de leur prise en charge.

Patients et méthodes : Etude prospective réalisée en réanimation médicochirurgicale de CHU Sahloul durant 3 mois et incluant les malades candidats à une LATA. Les enfants, les femmes enceintes et les candidats aux dons d'organes ont été exclus. Les paramètres recueillis étaient les données sociodémographiques, le motif d'hospitalisation, des scores pronostiques (Mccabe, Knaus, IGSII et SOFA), les arguments en faveur de la LATA, le cout de la prise en charge et l'évolution.

Résultats : 18 malades étaient candidats à une LATA soit une incidence de 10,4%. L'âge moyen était 62,16 ans avec des comorbidités dans 83,3% des cas. Les scores Mccabe à 1 et Knaus à B étaient notés respectivement dans 55,6% et 44,4% des cas. Les scores IGSII et SOFA à l'admission étaient respectivement 59,39 et 10,83. La proposition de la LATA s'est basée essentiellement sur l'expertise médicale (66,7%) avec un délai de 5,33 jours. La durée de séjours était 21,5 jours. Le cout moyen d'hospitalisation à partir de la proposition de LATA était 9724,4 DT avec un cout cumulé de 231635 DT. Uniquement un malade a survécu avec de séquelles graves.

Conclusion : L'incidence des patients candidats à une LATA est importante avec un cout socio-économique considérable justifiant ainsi la nécessité d'un cadre légal qui l'organise.

P 120. EVALUATION DE LA PERFORMANCE DU BLOC OPERATOIRE PAR LE TEMPS REEL D'OCCUPATION DE LA SALLE

AUTEURS : M KAHLOUL, MS NAKHLI, MA HARRATHI, B ASSIDI, A CHAKROUN*, N HELAL, W NAIJA.

Service d'anesthésie réanimation. CHU Sahloul Sousse

Introduction : Le bloc opératoire est le secteur le plus onéreux des hôpitaux. Cependant, il souffre encore du problème d'organisation non optimisée. Le but de ce travail est d'évaluer la performance de nos blocs opératoires par le TROS. Nous essayerons également d'identifier les principales causes qui pourraient l'altérer et d'étudier le problème de la déprogrammation.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et observationnelle réalisée dans 2 salles opératoires de spécialités différentes au CHU Sahloul pendant le mois d'Aout. Pour les deux salles étudiées, une fiche des données préétablie a été remplie pendant les jours d'activité programmée. Les paramètres recueillis comportent essentiellement le calcul du TROS total et décomposé en périodes, le taux d'occupation de la salle, le taux de débordement de la salle, l'incidence et les causes du non respect du programme opératoire et les principales causes d'altération du TROS.

Résultats : Le mois d'aout a comporté 23 jours d'activités programmées pour les deux salles étudiées. Le délai moyen de démarrage de l'activité était de $41.93 \text{ min/j} \pm 16.5$. Le temps moyen de débordement était de $11.51 \text{ min/j} \pm 26.26$. Le temps réel d'occupation de la salle était de 246.56 min/j . Ce TROS correspond à un taux moyen d'occupation de $68.49\% \pm 28.19$. Le temps moyen perdu par salle et par matinée avec un malade sur table était de $13.54 \text{ min/j} \pm 19.7$. En moyenne 1.86 ± 1.24 acte sont réalisées par salle et par matinée avec un total de 86 interventions. Le taux de déprogrammation est de 30.64 %. Ses principales causes sont le dépassement du TVO (36.84 %), les urgences (18.42 %) et le non respect des consignes d'anesthésie (15.78 %).

Conclusion : Le taux d'occupation dans nos structures est relativement acceptable mais ne doit pas cacher la nécessité d'optimiser l'exploitation des ressources disponibles. Les mesures correctrices doivent cibler surtout le retard au démarrage. Des réévaluations périodiques idéalement par des systèmes informatisés sont indispensables.

P 121. COMPARISON OF TWO DOSES OF HYPOBARIC BUPIVACAINE IN UNILATERAL SPINAL ANESTHESIA FOR HIP FRACTURE SURGERY : 5 MG VERSUS 7.5 MG.

AUTEURS : M KAHLOUL, MS NAKHLI, B ASSIDI, W FRIGUI, A ESSEFI, A CHAKROUN*, W NAIJA.

Department of anesthesia and intensive care. Sahloul Teaching Hospital, Sousse.

Background : Hip fracture is a frequent and severe disease. Its prognosis depends on the perioperative hemodynamic stability which can be preserved by the unilateral spinal anesthesia especially with low doses of local anesthetics.

Methods : In this prospective, randomized, double-blind study, 108 patients scheduled for hip fracture surgery under unilateral spinal anesthesia were enrolled to receive either 5 mg (group 1) or 7.5 mg (group 2) of hypobaric bupivacaine. Spinal anesthesia was performed in lateral position. Patients' socio-demographic characteristics, hemodynamic profile, sensory and motor blocks parameters were recorded.

Results : Both groups were comparable regarding to demographic data. Two cases of failure occurred in group 1 and one case in group 2 corresponding to a comparable efficiency rates (96.29% and 98.14% respectively; $p = 0.5$). A higher mean onset and lower mean regression times of sensory block were significantly noted in group 1. The incidence of bilateralization, the incidence of hypotensive episodes and the vascular loading were significantly higher in group 2.

Conclusion : The dosage of 5mg of hypobaric bupivacaine in unilateral spinal anesthesia is as effective as the dosage of 7.5 mg with lower bilateralization incidence and better hemodynamic stability.

P 122. EFFECTS OF MUSIC THERAPY UNDER GENERAL ANESTHESIA IN PATIENTS UNDERGOING ABDOMINAL SURGERY

AUTEURS : M KAHOUL, MS NAKHLI, A CHAKROUN*, M BEN CHIKHA, MS KOCHAT, M CHAABANI, W NAIJA.

Department of anesthesia and intensive care. Sahloul Teaching Hospital, Sousse.

Introduction : Music therapy, an innovative approach that has proven effectiveness in many medical conditions, seems beneficial also in managing surgical patients. The aim of this study is to evaluate its effects, under general anesthesia, on perioperative patient satisfaction, stress, pain and awareness.

Methods : This is a prospective, randomized, double-blind study conducted in the operating theatre of visceral surgery at Sahloul teaching hospital over a period of 4 months. Patients aged more than 18, undergoing a scheduled surgery under general anesthesia were included. Patients undergoing urgent surgery or presenting hearing or cognitive disorders were excluded. Before induction, patients wore headphones linked to a MP3 player. They were randomly allocated into 2 groups : Group M (with music during surgery) and group C (without music). Hemodynamic parameters, quality of arousal, pain experienced, patient's satisfaction and awareness incidence during anesthesia were recorded.

Results : One hundred and forty patients were included and allocated into 2 groups which were comparable in demographic characteristics, surgical intervention type and anesthesia duration. The comparison of these two groups, regarding the hemodynamic profile, found more stability in group M for systolic arterial blood pressure. A calm recovery was more often noted in group M (77.14% versus 44.28%, $p < 10^{-3}$). The average Visual Analog Scale (VAS) score was lower in the intervention group (33.78 ± 13.63 versus 45.14 ± 16.15 ; $p < 10^{-3}$). The satisfaction rate was significantly higher in experimental group (81.42% versus 51.42%; $p < 10^{-3}$). The incidence of intraoperative awareness was higher in group C (8 cases versus 3 cases) without statistically significant difference.

Conclusion : Music therapy is a non-pharmacological, inexpensive and non-invasive technique that can significantly enhance patient satisfaction and decrease patients' embarrassing experiences related to perioperative stress, pain and awareness.

P 123. LA GESTION MEDICALE D'UNE CATASTROPHE SANITAIRE ET PLAN BLANC : ACCIDENT DU BUS SNTRI A FAHS.

AUTEURS : BEN GHEZALA H., BEN CHEIKH I., SNOUDA S., KADDOUR M.

Service universitaire des urgences et de réanimation médicale. Hôpital régional de Zaghwan.

But : Décrire la prise en charge d'un afflux massif de victimes de l'accident du bus au service des urgences de l'hôpital Régional de Zaghwan.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive bus SNTRI entre Kasserine et Tunis à Fahs le 27-09-2016. Notre population d'étude était constituée de 41 victimes.

Résultat : Un bus a dérapé mardi le 27 Septembre 2016 à Fahs. Suite à l'accident 61 personnes sont blessées. L'urgence de l'hôpital Zaghwan a reçu 41 victimes qui ont été ramenées soit par la protection civile soit par le SMUR 03 et 01. 35 victimes ont nécessité des bilans sanguins standards. Treize victimes ont bénéficié d'un Body scanner. 26 victimes ont nécessité un examen radiologique standard et une seule victime a nécessité une échographie pelvienne. 8 victimes ont été des polytraumatisés qui ont nécessité un transfert à Tunis : 3 à HCN et 5 au CTGB. Douze victimes ont été hospitalisées à Zaghwan : 5 au service d'orthopédie, 6 au service de chirurgie générale et une au service de réanimation médicale. Les autres victimes ont présenté des lésions minimales et ont pu quitter l'hôpital le jour même. Quelques insuffisances lors de la prise en charge des victimes ont été notées surtout concernant la gestion de l'espace et la prise en charge des urgences pédiatriques.

Conclusion : Lors d'une catastrophe sanitaire l'accueil hospitalier d'un afflux massif et inattendu de victimes nécessite une prise en charge bien organisée et un plan de travail adéquat. Les équipements standard et les différents produits pharmaceutiques doivent être toujours disponibles en stock. Un plan de prise en charge des catastrophes aux urgences est en cours d'élaboration.

P 124. LE CRITÈRE «INTUBATION» POURRAIT-IL AMÉLIORER LE SCORE SOFA ?

AUTEURS : YZ. ELHECHMI, A. WAHABI*, C. ABDENNEBI, MA. CHÉRIF, I. SEDGHIANI, Z. JERBI.

Département Urgences et Réanimation. Hôpital universitaire Habib Thameur.

Malgré son intérêt certain dans l'évaluation de la gravité, la spécificité et la sensibilité du score SOFA restent faibles en matière de prédiction de la mortalité hospitalière en soins intensifs comparativement à d'autres scores comme l'IGS2. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'effet de l'adjonction du critère d'intubation au score SOFA en matière de prédiction de la mortalité hospitalière en soins intensifs. Il s'agit d'une étude observationnelle, non interventionnelle, monocentrique incluant tous les malades admis en réanimation durant la période allant de Janvier 2015 à Août 2016. Les scores IGS2 et SOFA ont été recalculés à partir des données cliniques et biologiques recueillies sur les dossiers médicaux. Cette étude a inclus 314 patients. La mortalité globale était de 29.9. Les scores IGS2 et SOFA étaient significativement plus élevés chez les patients décédés ($p < 0.001$). L'aire sous la courbe (ASC) ROC de l'IGS2 (ASC ; CI95%) (0.811 [0.757-0.865]) était significativement plus élevée que celle du score SOFA (0.726 [0.662-0.791]) en matière de prédiction de la mortalité hospitalière ($p = 0.046$). Le critère

« intubation » à été secondairement intégré au score SOFA modifiée (SOFAm) avec une valeur pondérée de 8 points. L'ASC ROC du SOFAm (0.800 [0.743-0.856]) était plus élevée que celle du SOFA avec une tendance à la significativité ($p=0.092$) et comparable à celle de l'IGS2 ($p=0.781$). Contrairement au score SOFA, le score SOFAm est statistiquement comparable au score IGS2 en matière de prédiction de la mortalité hospitalière en soins intensifs. L'avantage d'être calculé à l'admission fait du score SOFAm une alternative intéressante au score IGS2. Une étude de validation pourrait confirmer ces données.

P 125. LES SCORES PRONOSTIQUES EN RÉANIMATION : IGS2 VERSUS SOFA

AUTEURS : YZ ELHECHMI, C ABDENNEBI*, A WAHABI, MA CHÉRIF, A. JENDOUBI, I SEDGHIANI, Z JERBI.

Département Urgences et Réanimation. Hôpital universitaire Habib Thameur.

Devant la présence de plusieurs scores de gravité, il est intéressant de savoir quel score est meilleur dans l'évaluation de la gravité. L'objectif de cette étude était de comparer les scores IGS2 et SOFA en matière de prédiction de la mortalité hospitalière en réanimation. Il s'agit d'une étude observationnelle, non interventionnelle, monocentrique incluant les malades admis en réanimation du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Août 2016. Les scores IGS2 et SOFA ont été recalculés. Cette étude a inclus 314 patients. La mortalité globale était de 29.8%. L'aire sous la courbe ROC de l'IGS2 (ASC ; CI95%) (0.811 [0.757-0.865]) était significativement plus élevée que celle du score SOFA (0.726 [0.662-0.791]) en matière de prédiction de la mortalité hospitalière ($p=0.046$). Les valeurs seuils pour la prédiction de la mortalité hospitalière dans cette série étaient ≥ 42 pour l'IGS2 et ≥ 4 pour le SOFA. Cette étude a permis de confirmer la supériorité du score IGS2 par rapport au score SOFA en matière de prédiction de la mortalité hospitalière en soins intensifs. Cependant, la simplicité du score SOFA, son calcul à l'admission et la bonne corrélation avec la mortalité hospitalière en fait un outil qui peut être utilisé dans la pratique quotidienne.

P 126. L'APPORT DU HEART SCORE ET DU MEWS SCORE DANS LA DOULEUR THORACIQUE AUX URGENCES

AUTEURS : KHALIL MH*, BOUBAKER R, CHARGUI A, ZAOUCHE K, BOUALI C, MEHRI S, MAGHRAOUI H, MAJED K.

Service des urgences CHU La Rabta

Problématique : La douleur thoracique est un motif fréquent de consultation aux urgences dont les étiologies peuvent varier des plus bénignes aux plus graves d'où la nécessité d'établir un diagnostic clair ou du moins une estimation précise de la gravité. Les scores d'évaluation peuvent constituer un outil fiable d'évaluation diagnostique et pronostique dans ce contexte. But du travail : Analyser l'habileté du HEART score en combinaison avec le MEWS score à prédire la survenue d'événement cardiovasculaire majeur à six semaines.

Méthodes : Etude prospective, descriptive et longitudinale menée sur 01 mois et 10 jours d'août à septembre 2015 au service des urgences la Rabta Tunis. Nous avons inclus les patients se présentant avec douleur thoracique. N'ont pas été inclus les patients se présentant pour douleur thoracique post traumatique et les douleurs thoraciques pour lesquelles le diagnostic était rapidement retenu par l'évaluation médicale initiale. Les malades perdus de vue, ceux qui n'ont pas répondu au téléphone au bout de six semaines étaient exclus. Les critères de jugement étaient la survenue d'un événement cardiovasculaire majeur ou une insuffisance cardiaque au bout de six semaines.

Résultats : Nous avons colligé 220 patients, l'âge moyen était de 55 ans et le sex ratio était de 0,93. Les antécédents étaient dominés par le tabac, l'hypertension artérielle et l'histoire familiale de maladie coronaire avec respectivement 40,9%, 38,6% et 31,8%. La douleur thoracique était jugée angineuse typique dans 32,7% des cas. 207 patients (94,1%) étaient classés bas risque et 13 patients (5,9%) étaient classés haut risque par le MEWS score. L'odds ratio de l'événement décès était de 10,42 dans le groupe haut risque. 26 patients (12,6%) ont développé un MACE dans le groupe bas risque et cinq patients (38,5%) ont développé un MACE dans le groupe haut risque avec une aire sous la courbe ROC à 0,671 avec un intervalle de confiance à 95% à [0,560-0,781] et $p=0,023$. Le HEART score a permis de classer 97 patients (44,1%) comme bas risque, 82 patients (37,3%) comme risque intermédiaire et 41 patient (18,6%) comme haut risque. Un patient a développé un MACE dans le groupe bas risque, 11 patients (13,4%) ont développé un MACE dans le groupe risque intermédiaire et 19 patients (46,3%) ont développé un MACE dans le groupe haut risque avec $p<0,001$ et une aire sous la courbe ROC à 0.864 avec un intervalle de confiance à 95% de [0,806-0,921].

Conclusion : Le HEART score combiné au MEWS score pourraient être utilisés dans l'évaluation de la douleur thoracique aux urgences. Le MEWS score permettant de prédire la gravité initiale et le HEART score, plus spécifique de l'origine coronaire est plus apte à prédire la survenue d'un événement cardiovasculaire majeur.

P 127. HEART SCORE : OUTIL DIAGNOSTIC DU SYNDROME CORONARIEN AIGU AUX URGENCES

AUTEURS : KHALIL MH*, BOUBAKER R, BACCOUCHE R, ZAOUCHE K, CHARGUI A, MGHIRBI A, BOUALI CH, MAGHRAOUI H, MAJED K.

Service des urgences CHU La Rabta

Problématique : La douleur thoracique évocatrice de syndrome coronarien aigue (SCA) constitue environ 5 à 10% du total des consultations aux urgences. Dans ce contexte, le HEART score a été validé comme un outil fiable pour la prédiction de survenue de MACE. On s'est proposé d'étudier la valeur diagnostique du HEART score chez les patients consultants pour douleurs thoraciques aux urgences.

Méthodes : Nous avons mené une étude prospective et descriptive, incluant des patients se présentant pour douleur thoracique, admis au service des urgences de l'hôpital universitaire de la RABTA entre août et septembre 2015. Les patients ont été diagnostiqués syndrome coronarien aigue s'ils ont présenté un événement cardiovasculaire majeur (MACE) au bout de six semaines.

Résultats : On a inclus 220 patients (âge 55 ± 17 ans ; 48% de sexe masculin). Les facteurs de risque cardiovasculaires ont été dominés par le tabagisme (40,9%), l'hypertension artérielle (38,6%), et les antécédents familiaux de coronaropathie (31,8%). Le diagnostic le plus fréquent était la douleur thoracique non spécifique ($n = 84$, 36,4%), suivi par le syndrome coronarien aigue ($n = 47$, 21,4%). Quarante vingt dix-sept patients ont été classés faible risque dont un patient a été diagnostiqué SCA (OR : 0.024 CI 95% [0.003-0.170]) contre 96 patients non SCA, 82 patients ont été classés à risque intermédiaire (22 patients : 26,8% ont été diagnostiqués SCA contre 73,2% diagnostiqués non SCA) et 41 patients ont été classés à haut risque de SCA (31 patients : 75,6% ont été diagnostiqués SCA contre 24,4% diagnostiqués non SCA) avec $p < 0.001$.

Conclusion : Le HEART score semble être un outil fiable pour le diagnostic du syndrome coronarien aigue aux urgences et pourrait ainsi être utilisé comme outil d'aide au triage.

P 128. EVALUATION DES SCORES DE GRAVITE DES PATIENTS CIRRHOTIQUES EN UNITE DE REANIMATION. ETUDE PRELIMINAIRE.

AUTEURS : SEIFEDDINE AZAIEZ*, SANA KHEDHER, AMIRA MAAOUI, FATMA BEN SASSI, MOHAMED SALEM.

Unité de soins intensifs digestifs- service de gastro-entérologie, hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction : Plusieurs scores ont été élaborés afin d'évaluer la gravité des patients cirrhotiques décompensés qui présentent souvent plusieurs défaillances viscérales. L'objectif de l'étude est de comparer plusieurs scores de gravité en terme de prédiction de la mortalité à 1 mois.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, incluant des patients cirrhotiques hospitalisés pour une décompensation à partir de juillet 2016. Les scores évalués sont ceux relatifs à la cirrhose : Child-Pugh, Meld et Meld-Na, le score généraliste SOFA et les scores de gravité spécifiques adaptés aux cirrhotiques : CLIF-SOFA, CLIF-OF et CLIF-C ACLF. La clairance de la créatinine est calculée à partir de la formule MDRD.

Résultats : Dix patients sont inclus : 4 hommes et 6 femmes. L'âge moyen est de 61 ans [extrêmes : 46- 79 ans]. Les étiologies des cirrhoses sont représentées par l'hépatite C dans 3 cas, l'hépatite B et la cirrhose biliaire primitive dans un cas chacune ; elle est indéterminée dans la moitié des cas. Le suivi moyen de la cirrhose est de 5,5 ans [6 mois- 12 ans]. 3 patients sont au stade d'ascite réfractaire. Le motif d'admission initial est une encéphalopathie hépatique dans 50% des cas, un syndrome inflammatoire biologique dans 30% des cas, une pleurésie de grande abondance et une ulcération de l'ombilic. L'encéphalopathie est classée stade 4 dans 4 cas ; stades 3, 2 et absente dans 2 cas chacune. La décompensation était secondaire à une infection dans 9 cas. Les foyers infectieux étant urinaires dans 40% des cas et pulmonaires dans 30% des cas. Une antibiothérapie n'était pas nécessaire dans un seul cas. La noradrénaline a été utilisée dans la moitié des cas. La clairance de la créatinine moyenne est de 63,6 ml/min [139- 12] et l'INR 1,85 [1,09- 3,4]. 40% des malades sont classés Child B, le reste étant classés Child C. Le score MELD moyen est de 21,7 et le MELD-Na est de 24,7. Le score SOFA moyen est de 7,8 ; le CLIF-SOFA 9,2 ; le CLIF-OF 9,4 et le CLIF-C ACLF 67,5. 3 malades (groupe 1) sont décédés au cours du premier mois, 66% sont classés Child C contre 57% pour les malades encore vivants (groupe 2). Le score MELD moyen dans le premier groupe est de 28,3 contre 18,85 dans le groupe 2 ; le MELD-Na 31 contre 22 ; le SOFA 10 contre 6,85 ; le CLIF-SOFA 10,6 contre 8,57 ; le CLIF-OF 10,6 contre 8,85 et le CLIF-ACLF 68 contre 67,2.

Conclusion : L'évaluation des scores de gravité est importante pour la décision d'admission en réanimation. En cas de patients cirrhotiques, les scores de gravités spécifiques prédiraient de façon plus précise le pronostic vital ainsi qu'une classification des malades en vue d'une éventuelle transplantation hépatique. Une étude à plus large échelle permettrait de comparer ces différents scores de manière plus nette.

P 129. INITIATION D'UN NOUVEAU SERVICE DE REANIMATION : PERFECTIONNEMENT ET PRESERVATION DES COMPETENCES HUMAINES

AUTEURS : I.FATHALLAH*, S.HABACHA, A.ZOUBLI, R.ALOUI, H.GHARBI, N.KOURAICHI.

Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Ben Arous

Introduction : Les professionnels en réanimation sont confrontés quotidiennement à deux challenges : perfectionner leurs connaissances et lutter contre le stress professionnel.

Le but de notre travail était d'évaluer un programme de formation dédié à un personnel nouvellement recruté et son impact sur la prévention du syndrome d'épuisement professionnel (Burnout).

Méthodes : Pour l'initiation d'un nouveau service de réanimation le staff médical en collaboration avec une psychologue et gestionnaire de soins ont préparé un programme de formation théorique et pratique ainsi qu'une évaluation périodique du syndrome d'épuisement professionnel. Le planning de cette formation a été distribué à tout le personnel concerné à l'avance. Les exposés (Notions de base et fiches techniques) portant sur les différents thèmes de réanimation, étaient élaborés par le personnel et révisés par les médecins avant leurs présentations. L'évaluation était sous forme de 16 tests (T). Chaque test comportait cinq questions avant et cinq après la présentation. En fonction des résultats obtenus, les notions ambiguës étaient clarifiées par l'équipe médicale. Est considéré une amélioration des connaissances toute augmentation de la note après la présentation. Pour l'évaluation du Burnout, trois questionnaires ont été remplis par le personnel à la prise de fonction, à la fin de la formation théorique et après trois mois de stage dans des services de réanimation. Le niveau de Burnout a été évalué en utilisant le score de « Maslach Burnout Inventor ».

Résultats : Vingt personnels, douze infirmiers, quatre techniciens en réanimation et quatre aides-soignants ont participé à ce programme. Le délai médian entre l'obtention du diplôme et le recrutement était de 1 an et demi. Le groupe des techniciens avait le meilleur niveau de connaissance avant la formation. L'analyse de l'évaluation post-formation a noté une amélioration des connaissances (58% toutes catégories confondues) (tableau 1). Pour l'évaluation de l'épuisement professionnel, huit personnels (40%) présentaient un Burnout le jour de la prise de fonction, onze (55%) à la fin de la formation et 12 (60%) après trois mois de stage. Pour les sous dimension du Burnout on a noté une amélioration de l'accomplissement professionnel (le pourcentage de son degré élevé a passé de 35 à 45 % après la formation) et une aggravation de l'épuisement professionnel (le pourcentage de son degré élevé a passé de 0 à 25%).

Conclusion : La formation théorique et les stages pratiques pour le personnel nouvellement recruté améliorent les connaissances et le degré d'accomplissement professionnel mais ne suffisent pas à eux seuls pour prévenir le Burnout.

Tableau 1 : Pourcentage d'amélioration des connaissances

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	T16	M
Infirmiers (%)	60	55	70	80	50	60	90	75	70	36	66	63	30	77	41	58	63
Technicien(%)	100	25	75	25	25	75	50	25	66	66	66	66	100	100	33	33	58
Aide-soignant(%)	75	50	75	66	0	100	66	25	25	66	100	66	0	0	25	25	47

Nephro Métabolique

P 130. INSUFFISANCE RÉNALE AIGUE CHEZ L'ADOLESCENT RÉVÉLANT UNE MALADIE DE GOODPASTURE

AUTEURS : M.CHNITI*, H.SANDID, I.TCHOUNKEU, C.MELOT.

Service Des Urgences Erasme Belgique

Introduction : L'insuffisance rénale aigue représente une pathologie fréquente chez les sujets âgés et poly-tarés, chez l'adolescent la découverte est le plus souvent fortuite, on rapporte le cas d'un patient de 16 ans qui consulte pour découverte fortuite d'une insuffisance rénale aigue associée à une hématurie.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 16 ans sans antécédent pathologiques notable qui nous a été adressé par son médecin traitant à la suite de la découverte d'une insuffisance rénale aigue dans le cadre de l'exploration d'une hématurie et brûlure mictionnelle qui traîne depuis 15 jours. Pas de notion de douleur lombaire, pas de contexte fébrile, pas d'altération de l'état générale, un interrogatoire policier a mis en évidence la notion d'utilisation d'un produit de décoloration fabriqué maison. Biologie : Insuffisance rénale aigue avec une filtration glomérulaire à 38, discrets syndromes inflammatoires, une hyperleucocytose à 16000, Hématurie franche. Uro-Scan à blanc : pas de calculs, pas de dilatations des voies urinaires. Le patient a été hospitalisé en néphrologie pour complément d'exploration, la biopsie rénale a mis en évidence une glomérulonéphrite rapidement progressive avec des glomérules quasiment tous détruits avec des dépôts pseudo-linéaires ; d'Ig G et C3 au niveau des membranes basales et des vaisseaux, Un taux d'anticorps anti-membrane basale glomérulaire élevé. Le diagnostic retenu était celui de la maladie de Goodpasture et le patient a été mis sous traitement corticoïde.

Discussion : La maladie de Goodpasture est un désordre auto-immunitaire caractérisé par le développement d'anticorps le plus souvent de type Ig G, au niveau du domaine NC1 de la chaîne I3 du collagène de type IV de la membrane basale glomérulaire^{2,3}. Lorsque la maladie atteint à la fois le rein et le poumon, elle prend le nom de syndrome de Goodpasture mais l'atteinte rénale ou pulmonaire peut être isolée ou encore survenir de façon dissociée dans le temps, espacée de plusieurs mois, ou années.

Conclusion : La maladie de Goodpasture est une pathologie rare à l'origine d'un tableau d'insuffisance rénale aigue d'installation rapidement progressive où l'importance d'un diagnostic rapide afin de mettre le patient sous traitement et éviter l'évolution rapide et foudroyante vers l'insuffisance rénale définitive

P 131. LA CALCIPHYLAXIE DE L'HEMODIALYSE : A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : CHOURA DONIES*, BEN ALI ZINELABDINE, AJMI HASSEN, ABID LEILA, KAMMOUN SAMIR.

Service de cardiologie CHU Hedi Cheker Sfax

Introduction : La calciphylaxie est une étiologie rare de nécrose ischémique cutanée et parfois systémique se présentant souvent sous forme d'ulcère cutané nécrotique survenant chez les patients avec insuffisance rénale chronique au stade d'hémodialyse.

Observation : Il s'agit d'une femme âgée de 70 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, de coronaropathie et d'insuffisance rénale chronique au stade d'hémodialyse depuis 7 mois hospitalisée au service de cardiologie pour syndrome coronarien aigu et préparation à un pontage aortocoronaire. Au cours de son hospitalisation on a remarqué la présence de nodules sous cutanés indurés au niveau de l'abdomen et des seins qui évoluaient rapidement au cours de son hospitalisation. Certaines lésions étaient recouvertes par des plaques ecchymotiques et nécrotiques, d'autres étaient rouges et inflammées. Après avis des dermatologues la patiente a été mise sous antalgiques, anticoagulation avec des soins locaux (vaseline simple). Une antibiothérapie était déjà instaurée dès J1 d'hospitalisation vu les chiffres élevés de CRP. Le bilan phosphocalcique était perturbé avec une hyperparathyroïdie. Une biopsie cutanée était en faveur du diagnostic de calciphylaxie par la présence de calcifications hypodermiques. La patiente est décédée au bout de quelques jours dans un état de choc septique à point de départ cutané.

Conclusion : La calciphylaxie encore appelée artériopathie calcique est caractérisée par une calcification de la région sous intima et de la média de la paroi artériolaire puis par la thrombose de l'artéiole calcifiée. C'est une maladie rare décrite aussi en dehors de l'insuffisance rénale. Elle est grave puisque dans la plupart des cas elle est d'extension et d'évolution rapide avec souvent des complications infectieuses aussi graves.

P 132. ACIDOCÉTOSE DIABÉTIQUE FULMINANTE : A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : B MEFTEH N*, KORBSI B, MARZOUGUI S, B KAHLA N, KHELIL A.

Service des Urgences- SMUR Hôpital Universitaire Maamouri Nabeul Tunis

Introduction : L'acidocétose diabétique fulminante est caractérisée par une destruction brutale et irréversible des cellules pancréatiques d'origine non immunologique, potentiellement favorisée par l'infection.

Observation : Patiente âgée de 20 ans sans antécédents pathologiques notable consulte nos urgences pour douleurs abdominales avec vomissements. L'interrogatoire retrouve un syndrome grippal il y a cinq jours. L'examen à l'admission à la salle de déchoquage : TA 80/40, Tachycardie à 120/min, Température à 37 °C, Polypnée à 28/min, examen cardio-pulmonaire et abdominale était sans anomalie. La biologie avait montré une hyperglycémie à 50 mmol/l, hyperkalémie à 5.7 mmol/l, insuffisance rénale (créatinémie à 150 mmol/l, urée 20 mmol/l), chimie des urines : G+++/Ac+++ avec absence de syndrome inflammatoire biologique. La gazométrie avait conclu à une acidose métabolique sévère (Ph=7.1, HCO₃=8.5 mmol, PCO₂=23). Le dosage de Hb A1C=6.5%. Le diagnostic d'acidocétose diabétique fulminante a été posé et la patiente avait bénéficié d'une réhydratation avec insulinothérapie par voie intraveineuse, puis elle a été transférée au service de réanimation pour complimement de prise en charge après un séjour de 18h au SAUV. Le dosage des Ac anti-GAD et peptide C était négatif. L'évolution était favorable et la patiente est mise sortante à J3 d'hospitalisation.

Conclusion : L'acidocétose diabétique fulminante ne doit pas être méconnue car la prise en charge conditionne le pronostic.

P 133. ACIDOCETOSE DIABETIQUE : QUELS PATIENTS ADMIS A LA SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES (SAUV) ?

AUTEURS : SAYHI A*, MEKKE M, B MEFTHEH N, KORBSI B, NAFFETI E, MARZOUGUI S, KHELIL A.

Service des Urgences- SMUR Hôpital Universitaire Maamouri Nabeul Tunisie

Introduction : L'acidocétose diabétique demeure un problème majeur de santé publique. C'est une urgence métabolique grave qui reste encore fréquente et la mortalité y est préoccupante. Le but de ce travail est d'étudier le profil épidémiologique, clinique, biologique et évolutif des patients admis à la salle de déchoquage pour acidocétose diabétique sévère.

Patients et méthodes : Etude rétrospective s'étalant sur 4 ans, incluant 36 patients présentant une acidocétose admis à la SAUV.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 48.88±15 ans avec prédominance féminine (66.7%). Le diabète de type 1 était présent dans 33.33%. L'acidocétose était inaugurale dans 44.44% des cas. La durée moyenne de l'ancienneté du diabète était de 8±6 ans et 33.4% des malades étaient mal suivis. Les patients étaient comateux dans 22.22% des cas. La polypnée et la tachycardie étaient fréquemment observées dans 66.7% respectivement. L'hyperglycémie était constante avec une moyenne de 33.47±19 mmol/l à l'admission. Le tableau clinique était grave d'emblé dans 11.1%. Une glycosurie associée à une cétonurie était notée chez tous nos patients. La cause déclenchante était essentiellement l'infection (77.8%). La durée moyenne d'hospitalisation dans la SAUV était de 4,3±1.1 jours. L'évolution était favorable chez 77.8% des patients. La mortalité était de 22.2%

Conclusion : L'acidocétose est une complication aiguë à connaître et à redouter en présence d'un sujet diabétique. La démarche diagnostique doit être rigoureuse et la recherche des facteurs déclenchants est fondamentale.

P 134. PLACE DE L'ELECTROCARDIOGRAMME EN PRE-HOSPITALIER DANS LE DIAGNOSTIC DES HYPOCALCEMIES SEVERES : A PROPOS DE DEUX CAS

AUTEURS : KORBSI B*, NAFFETI E, MARZOUGUI S, B KAHLA N, RBIA E, SAYHI A, B SALAH C, B MEFTHEH N, KHELIL A.

Service des Urgences- SMUR Hôpital Universitaire Maamouri Nabeul Tunisie

Introduction : Une hypocalcémie sévère peut se révéler par une dyspnée laryngée ou des convulsions qui sont les principaux motifs d'appel des SAMU. En pré-hospitalier, les données cliniques et surtout électriques (allongement de QT) permet de poser le diagnostic d'une hypocalcémie sévère et de démarrer le traitement.

Observation 1 : Patient âgé de 56 ans ayant des antécédents de HTA, DNID, et Dyslipidémie, Le patient a contacté le SAMU 01 pour dyspnée. L'examen trouve : CGS 15/15, spasme laryngé, paresthésie de la langue et du pourtour de la bouche, auscultation cardio-pulmonaire normale.

Observation 2 : Une patiente âgée de 53 ans, ayant des antécédents de diabète irrégulièrement suivi, thyroïdectomie (hyperthyroïdie) depuis 10, sous traitement psychotrope, les parents ont appelé le SAMU 01 pour convulsions. L'examen clinique a porté le diagnostic de coma post critique sans signes de localisation.

L'électrocardiogramme : allongement de QT dans les deux cas. Le diagnostic d'hypocalcémie a été posé (donnés cliniques et électrique), les deux patients ont reçu du gluconate de calcium en bolus puis en perfusion continue en préhospitalier. La biologie a confirmé cette hypocalcémie sévère.

Conclusion : Devant des signes cliniques orientant vers une hypocalcémie (paresthésie, contractures, fasciculations, crampes musculaires voire spasme laryngé, tétanie, convulsions) en pré-hospitalier, la pratique d'un électrocardiogramme permet de poser le diagnostic (allongement de QT) et de démarrer le traitement pour corriger ses troubles.

P 135. HYPONATREMIA, WHAT IS IT HIDING? : CASE REPORT

AUTEURS : MHAJBA MW.* HAJJAM N. SEDGHANI I. EL HECHMI YZ. DOGHRI HH. CHERIF MA. JERBI Z.

Département urgences réanimation. CHU Habib Thameur

Introduction : For psychiatric patients, potomania and the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH) are the most causes of hyponatremia. We report here the case of patient with hyponatremia.

Case report : A 53-year-old female patient presented to the emergency department (ER) for tonic-clonics seizures without recovering consciousness. She had a 100 pack-year history of cigarette smoking, with a history of schizophrenia. Her sugar blood pressure was 1.2 gr/l. Her GCS was 12. She was hemodynamically stable. There was no other neurological sign nor meningism. She was bedridden with multiple lymphadenopathy. Her laboratory tests were natremia at 100mEq/l and kalemia at 3 mEq/l. The urea and creatinine levels were normal. The electrocardiogram had no abnormality. A Convulsive Status Epilepticus due to hyponatremia was diagnosed. She received 1 mg of clonazepam associated to 15mg/kg of phenobarbital and she was supplemented in sodium and potassium. The etiology of hyponatremia was associated to SIADH due to a metastatic small-cell lung carcinoma (SCLC).

Conclusion : Hyponatremia is usually iatrogenic for psychiatric patients. However, an exploration for other etiology should be performed.

P 136. L'HYPOMAGNESEMIE EN REANIMATION

AUTEURS : HACHANI A*, BEJI O, ATIG R, MEJRI O, ROMDHANI S, HMOUDA H.

Service de Réanimation Médicale Sahloul

Introduction : Le magnésium joue un rôle fondamental dans le métabolisme cellulaire. En réanimation, les déficits en magnésium sont relativement fréquents, mais encore trop souvent méconnus, bien que l'on sache que ce trouble ionique serait associé à une augmentation de la morbidité et de la mortalité des patients aux soins intensifs. Le but de ce travail était principalement de déterminer la prévalence ainsi que les facteurs associés à l'hypomagnésémie en réanimation.

Patients et méthodes : il s'agit d'une étude monocentrique d'observation, descriptive rétrospective incluant tous les patients dont le dosage de la magnésémie a été fait au cours des premières 24 heures d'hospitalisation au service de réanimation médicale du chu sahloul, durant une période de un an (1^{er} janvier 2015 au 1^{er} janvier 2016). Deux groupes ont été individualisés : groupe « hm » ; patients présentant une hypomagnésémie (magnésémie < 0.7 mmol/l) et le groupe « nm » patients présentant une normomagnésémie ; magnésémie entre 0.7- 1.1 mmol/l. Les 2 groupes ont fait l'objet d'une étude descriptive et analytique uni et multivariée.

Résultats : La population d'étude comprenait 112 patients dont l'âge moyen était de 48,5 ± 20,9 ans. La prévalence de l'hypomagnésémie était de 18,8% avec une magnésémie moyenne à 0,55 ± 0,07 mmol/l (groupe hm) versus 0,86 ± 0,15 mmol/l (groupe nm). L'étude analytique multivariée comparative des deux groupes a mis en évidence certains facteurs associés à l'hypomagnésémie tels le sexe féminin (p = 0,026, or = 11,24, ic [1,33-95,28] ; l'alcoolisme (p = 0,038, or = 20,16, ic [1,18-344,33] ; l'intoxication aiguë (p < 0,001, or = 11,04, ic [2,97-41,04]) et l'acidose métabolique (p = 0,098, or = 0,91, ic [0,81 - 1,01]) et certaines manifestations de l'hypomagnésémie qui étaient essentiellement l'hypokaliémie (p = 0,063, or = 0,87, ic [0,75-1,01]) et l'hypophosphorémie (p = 0,01, or = 0,16, ic [0,041-0,65]). Le groupe en hypomagnésémie avait un besoin significativement plus important à la ventilation mécanique (p = 0,029, or = 5,15, ic [1,18-22,38]) malgré un séjour plus court en réanimation (p = 0,037, or = 0,88, ic [0,77-0,99]). Dans la plupart des cas, la supplémentation en magnésium consistait en l'administration de 3g de sulfate de magnésium sur un délai de 5j (extrêmes : 2-15j). L'hypomagnésémie initiale a été corrigée dans 70,6% des cas dans un délai de 3j (extrêmes : 2-5j). Quant aux modalités évolutives ; la survenue de complications ainsi que la mortalité étaient comparables dans les deux groupes.

Conclusion : Notre étude a mis en évidence la fréquence de l'hypomagnésémie en réanimation et certains facteurs qui lui sont associés mais sans véritable impact de celle-ci sur la morbimortalité. Toutefois, ces données reflètent plutôt des conditions sub-optimales de travail dans la mesure où le dosage du magnésium était réalisé chez la majorité des patients à l'admission et que l'hypomagnésémie était corrigée rapidement. Bien évidemment, d'autres études prospectives analytiques restent nécessaires pour bien cerner le véritable impact ainsi que la prévention et la correction appropriée du déficit en magnésium chez ces patients souvent critiques aux mécanismes physiopathologiques complexes.

P 137. TROUBLES METABOLIQUES ET CONVULSIONS

AUTEURS : MHAJBA MW.* ALOUI R. CHERIF MA. YZ EL HECHMI. SEDGHANI I. JERBI Z.

Département urgences réanimation. CHU Habib Thameur

Introduction : les désordres métaboliques observés en réanimation peuvent avoir des répercussions graves sur l'organisme en particulier ce deux organes nobles à savoir le cerveau et le cœur. Dans ce sens cette étude essaye de décrire les aspects épidémiocliniques et étiologiques des convulsions d'origine métabolique ainsi que leur impact pronostique.

Méthodes : Etude rétrospective incluant tous les patients qui ont présentés au moment ou au cours de leurs hospitalisations des convulsions et dont l'origine métabolique a été retenue entre janvier 2015 et juin 2016.

Résultats : les désordres métaboliques étaient responsables de 24 convulsions chez les 149 sujets colligés initialement, avec une moyenne d'âge de 64,5 ans et un sex-ratio à 1.59. Environ la moitié de nos patients avait dans les antécédents une insuffisance rénale avancée (clearance inférieure à 30) alors que la présence d'un antécédent neurologique à type de convulsion ou d'aucun n'a pas été notée que dans 32% des cas. Le type de crise dominant était généralisé puis partiel simple puis état de mal dans respectivement 37,5%, 25% et 20,83% de cas. La crise était accompagnée dans 100% des cas puisque la cause métabolique de la convulsion s'intègre lui-même dans la définition de la crise accompagnée. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique, un bilan biologique, un électrocardiogramme et d'un scanner cérébral. Le recours à l'électroencéphalogramme a été pratiqué chez 02 malades. La cause métabolique dominante est l'hypocalcémie présente chez 10 sujets puis respectivement l'hypoglycémie (06 sujets), l'hyponatrémie (04 sujets), l'acidose métabolique sévère (03 sujets) et l'hypercalcémie maligne (01 sujet). Le tableau complet avec fuite urinaire et morsure de la langue était présent chez 08 malades soit 100% des malades souffrant d'hypoglycémie profonde. Un coma chronique était enregistré chez 02 malades ainsi qu'un déficit post critique chez un malade. Cinq de nos patients finissent par mourir. Les facteurs indépendants prédictifs de décès sont l'âge, la présence d'antécédent neurologique et le recours à l'intubation. Un traitement antiépileptique au long cours à base de phénobarbital a été introduit chez 25% des patients.

Conclusion : une crise convulsive nécessite une prise en charge rapide et adéquate guidée par un arbre décisionnel préétabli et qui ne doit pas négliger le traitement étiologique associé au symptomatique dans la prise en charge.

P 138. DESHYDRATION ET DENUTRITION SEVERES EN RAPPORT AVEC UNE ANOREXIE MENTALE CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 24 ANS A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : NAKAA S*, HAMMOUDA Z, HRAIECH K, BEN BRAIEK D, MGHIRBI A, ADHIEB A, OUSJI A, BEN ABDALLAH S, OUANES I, DACHROUI F, BESBES OUANES L, ABRUG F.

Service de réanimation polyvalente CHU fattouma Bourguiba Monastir

Introduction : L'anorexie mentale est un trouble psychique qui se traduit notamment par une perte de poids importante, liée à une restriction alimentaire volontaire. Souvent, ces restrictions s'accompagnent de troubles métaboliques et hydro électrolytiques d'importance variable. La pertinence de ce cas clinique réside dans la sévérité des troubles métaboliques observés.

Matériel et méthodes : case report concernant une patiente hospitalisée dans le service de réanimation polyvalente du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir en Avril 2016.

Résultats : Patiente G S âgée de 24 ans admise par le biais des urgences pour altération de l'état général et troubles ioniques et acido-basiques sévères.

Dans ses antécédents on retrouve principalement la notion d'anorexie marquée, vomissement et amaigrissement depuis l'âge de 16 ans pour lesquels un bilan étiologique a été fait (biologie, fibroscopie digestive, coloscopie) revenus normal. Elle est suivie à la consultation externe de psychiatrie depuis l'âge de 20 ans pour trouble dépressif majeur récurrent et anorexie mentale sous seroplex. Par ailleurs, elle est confinée au lit depuis l'âge de 18 ans devant la fente musculaire et l'amyotrophie. Devant l'altération profonde de l'état général, les vomissements la patiente a consulté les urgences le 4/4/16 qui l'ont adressée à notre service. L'examen à l'admission : trouve une patiente maigre cachectique (BMI 15 kg/m²) présence d'une déshydratation globale. Le reste de l'examen physique était sans anomalies. A la Biologie, on note les anomalies suivantes : une hyponatrémie à 131 mmol/l, hypokaliémie à 2,4 mmol/l, chlorémie à 83 mmol/l, hypomagnésémie 0,59 mmol/l, hypophosphémie 0,37 mmol/l. A la gazométrie : une alcalose métabolique : pH 7,71 /PCO₂ 7,60 mmHg /PaO₂ 72.3 mmHg /HCO₃ 72.3 mmol/l /SaO₂ 97%. Une Anémie 8 g/dl .une hypoprotidémie à 54 g/l. Cholestérol total à 2,6 .HDL= 0.63. TG = 1.32 . la patiente a eu une réhydratation par sérum physiologique associée à une alimentation parentérale. Avec une correction des anomalies hydro électrolytiques notamment de l'hypokaliémie, hypo-magnésémie, hypophosphorémie, et l'hyponatrémie ainsi qu'une supplémentation en oligo-éléments et de la thromboprophylaxie. Parallèlement, une psychothérapie ainsi que le traitement antidépresseur ont été instaurés.

L'évolution était globalement favorable avec une nette diminution des signes de déshydratation et un gain pondéral de 2 Kg au bout de 15 jours, avec la correction des troubles hydro électrolytiques et de l'alcalose métabolique et une diminution de la fréquence de vomissement. Patiente mise sortante après 15 jours. Bilan à la sortie : GDS : PH 7,38 /PaCO₂ 5,08/ HCO₃- 23.2 /PaO₂ 13.72. Phosphorémie 1.65. Magnésémie 1.24. Kaliémie 4.2 .Na+ 137. CL- 105. Protide 58 .Ca2+ 2.16

P 139. L'HYPOGLYCÉMIE AUX URGENCES : ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET FACTEURS PRÉDICTIONNELS D'HOSPITALISATION

AUTEURS : KAANICHE MEDHIOUB F.⁽¹⁾, ALLELA R.⁽¹⁾, BEN ALGIA N.⁽²⁾, CHERIF S.⁽¹⁾, MNIF M.⁽³⁾, KRID J.⁽³⁾.

¹. Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Mahres

². Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Gafsa

³. Service de médecine, hôpital régional Mahres

Introduction : L'hypoglycémie est la plus fréquente des complications métaboliques du diabète. Elle constitue le fléau de la prise en charge du diabète et elle est au cœur du débat dans les choix des traitements. Les conséquences des hypoglycémies sévères sur la qualité de vie des patients ou sur l'aggravation de pathologies sous-jacentes ne sont plus à prouver.

Patients et méthodes : Etude prospective observationnelle sur une période d'un an et demi (01/01/2015 – 30/06/2016) qui inclut l'ensemble des patients qui se rendent au service des urgences de Mahres pour hypoglycémie. Notre objectif est de préciser les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la population concernée et d'identifier les facteurs prédictifs d'hospitalisation.

Résultats : On a recensé 43 cas d'hypoglycémie, soit 0,4% des consultants aux urgences. L'âge moyen a été de 56 ± 20 ans avec une prédominance masculine (sex ratio à 1.7). La majorité des patients étaient des diabétiques (93%), 28 patients de type 1 (65.1%) et 12 de type 2 (27.9%), de niveau d'instruction primaire ou secondaire (65.1%) et de niveau socioéconomique moyen (77%). Il s'agit d'un diabète associé à d'autres tares dans 47.5% des cas. Le facteur déclenchant était un écart de régime dans 48.8%, une erreur des doses d'insuline dans 39.5% des cas, un exercice physique dans 23.2% des cas, une erreur des doses de sulfamides dans 13.9% des cas et une décompensation du diabète par une cause infectieuse dans 13.9% des cas. La pâleur et la transpiration ont été les signes les plus fréquemment rencontrés (62.7% et 58.1% des cas). L'hypoglycémie s'est manifestée par des nausées et vomissements dans 21% des cas. Huit patients (18.6%) ont présenté une palpitation. Parmi les signes neuroglycopéniques, un état de coma ($GCS \leq 12$) dans 74.4% des cas, un tremblement dans 39.5% des cas, une confusion dans 34.8% des cas, des troubles de l'élocution dans 25.5% des cas et une somnolence dans 16.2% des cas. La GAD a été en moyenne de 0.4 ± 0.11 g/l. Après un resucrage intraveineux ou oral, elle atteignait une moyenne de 2.14 ± 0.56 g/l. Un réveil immédiat a été obtenu dans 90.7% des cas. L'évolution a été émaillée de complications chez 15 patients (34.9% des cas) : coma hypoglycémique dans 6.9% des cas, convulsion dans 4.6% des cas, parésie dans 2.3% des cas, HTA dans 25.5% des cas et OAP dans 2.3% des cas. L'hospitalisation a été indiquée chez 19 patients (54%). Les facteurs prédictifs d'hospitalisation ($p < 0.05$) étaient l'âge avancé, l'antécédent de diabète de type 1, d'hypoglycémie, de coronaropathie ou d'insuffisance rénale chronique. L'état de coma, les troubles de l'élocution, les convulsions, le déficit moteur et l'OAP étaient également des facteurs prédictifs d'hospitalisation.

Conclusion : L'ensemble de ces résultats souligne le nombre majeur d'hospitalisations potentiellement évitables et l'importance de l'éducation thérapeutique, tant pour le patient diabétique que pour son entourage.

P 140. UTILITÉ DES BILANS BIOLOGIQUES PENDANT LES SÉANCES D'ÉPURATION EXTRA RÉNALE CHEZ LES PATIENTS EN RÉANIMATION

AUTEURS : SABRINE NAKKAA, FAHMI DACHRAOUI, ABDELWAHEB M GHIRBI, ALI ADHIEB DHOUBA BEN BRAIEK, KMAR HRAIECH, ALI OUSJI, ISLEM OUANES, SAOUSEN BEN ABDALLAH HAMMOUDA ZAINEB, LAMIA OUANES-BESBES FEKRI ABROUG.

Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fatouma Bourguiba, Monastir

Introduction : Une surveillance de l'efficacité et la sécurité des séances d'épuration extra rénale (EER) est jugée utile, et dans de nombreux services de réanimation, des bilans biologiques en mi-dialyse et en fin de dialyse sont régulièrement réalisés. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact de ces bilans biologiques effectués durant les séances d'EER sur la prise de décisions cliniques et les changements thérapeutiques.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients hospitalisés dans le service de réanimation médicale de l'hôpital universitaire de Monastir, entre janvier 2015 et septembre 2016, nécessitant une hémodialyse intermittente effectuée en réanimation. Pour chaque patient, nous avons recueilli ses caractéristiques démographiques (âge, sexe, SAPS III, diagnostic, comorbidités) l'indication de l'EER, les paramètres cliniques et biologiques avant, pendant et à la fin de la séance d'EER. En se basant sur les dossiers des patients, au cours de chaque séance d'EER nous avons identifié les interventions thérapeutiques démarrées avant la fin de la séance et ce d'après les résultats des tests biologiques effectués au cours de la séance (habituellement au milieu de la séance) : perfusion de glucose, de potassium, transfusion, prolongation de la séance.

Résultats : Au cours de la période d'étude, 370 patients ont été admis dans le service de réanimation. Parmi ces patients, 24 ont nécessité des séances d'hémodialyse. L'âge médian de ces patients était de 54 ans (IQR = 31), 53% d'entre eux étaient de sexe féminin. Les principales comorbidités étaient l'hypertension artérielle, le diabète, l'insuffisance rénale chronique (IRC) à diurèse conservée, respectivement dans 55%, 38% et 36%. Les 1/3 des patients inclus étaient en état de choc septique et avait un score SAPS III médian de 92 (IQR = 34). L'anurie, l'œdème pulmonaire, l'hyperkaliémie et l'acidose étaient les indications de l'EER respectivement dans 47,1%, 24,5%, 8,8%, 9,8% et 9,8% des cas. Les résultats des bilans biologiques effectués pendant les séances d'EER ont dicté une attitude thérapeutique spécifique dans les proportions suivantes : une perfusion de glucose dans 35,7% des cas, de potassium dans 22% des cas, et la prolongation de la durée de la séance dans 15,2% des cas.

Conclusion : La pratique de bilans biologiques au cours des séances d'EER semble utile car elle pourrait avoir un impact sur la prise de décisions cliniques dans plus d'un tiers des séances.

Complications Iatrogènes

P 141. ICU-ACQUIRED INFECTIONS IN A TUNISIAN MEDICAL INTENSIVE CARE UNIT

AUTEURS : KHAOULA MEDDEB⁽¹⁾, ASMA BEN CHEIKH⁽²⁾, YAMINA HAMDAOUI⁽¹⁾, AHMED KHEDHER¹, JIHENE AYACHI⁽¹⁾, HEND BEN LAKHAL⁽¹⁾, NESRINE SMA⁽¹⁾, IMED CHOUCHENE⁽¹⁾, NABIHA BOUAFIA⁽²⁾, MOHAMED BOUSSARSAR^(1,3).

¹, Medical Intensive Care Unit, Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse.

², Hospital Hygiene Unit, Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse.

³, Research Laboratory N° LR14ES05. Interactions of the cardiopulmonary system. Ibn Al Jazzar Fac

Introduction : Giving their serious underlying conditions followed by the need of invasive procedures, ICU-patients are highly at risk to develop ICU-acquired infections representing an additional mortality factor. Objective : To estimate incidence of ICU-acquired infections in a Tunisian medical intensive care unit.

Methods : A prospective study was conducted from September 2015 over the span of a year. All consecutive ICU patients, in whom ICU length of stay was over 48h, were included for surveillance till discharge or death. The data collected were, patients characteristics, initial diagnosis, SAPS II, ventilation modality, conditions of invasive catheters insertion (peripheral venous catheter, central venous catheter, urinary catheter). When an infection declares, the diagnosis is retained according to the Centers for Disease Control and Prevention National Healthcare Safety Network (CDC/NHSN) definition for each type of infection.

Results : One hundred patients were included over a 7-month period. They were 55±19years mean aged. History included, diabetes mellitus, 26% ; COPD, 25% ; immunocompromised, 12%. 69% had antibiotics at admission. Mean SAPS II, 31±19. 64% were mechanically ventilated. Central venous catheters were inserted in 70% of cases. Mean length of stay, 11±10days. Mean duration of invasive mechanical ventilation, 12±9days. 25(25%) patients developed ICU-acquired infections. Overall ICU-acquired infections density incidence was 22.7events/1000patient days. 13% developed ICU-acquired pneumonia. ICU-acquired pneumonia density incidence was 16,6/1000ventilator days. 9(9%) patients were diagnosed with central line related infection with a density incidence of 13/1000central line days. 3(3%) patients developed peripheral catheter related infections. *Acinetobacter baumannii* was isolated in tracheal aspirates in all ICU-acquired pneumonia cases. Overall mortality in patients who developed ICU-acquired infections was 72%.

Conclusion / Commentary : Compared to the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report 2007-2012 (1), the present study showed similar rates for ICU-acquired pneumonia (16.6 vs 16.8/1000ventilator days), however, central line-associated infections rate was higher (13 vs 4.9/1000central line days).

P 142. PANCRÉATITE AIGÛE MÉDICAMENTEUSE EN REANIMATION/ A PROPOS D UN CAS EN RAPPORT AVEC L ACIDE VALPROIQUE

AUTEURS : DOGHRI H, DALY F, AZAZA W, TRIFI A, NASRI R, ABDELLATIF S, BEN LAKHAL S.

Service de réanimation médicale, Hopital la Rabta, Faculté de médecine de Tunis

Introduction : La pancréatite aigüe médicamenteuse représente environ 2% des pancréatites aigües. Son incidence est actuellement en augmentation avec plus de 260 médicaments incriminés et son diagnostic reste toujours un diagnostic d exclusion. Nous rapportons ici un cas de pancréatite aigüe secondaire à l'acide valproïque.

Cas Clinique : Il s agit d un homme âgé de 20 ans et épileptique depuis l'âge de 8 ans sous phénobarbital et acide valproïque. Il a été admis dans notre service pour un état de mal épileptique réfractaire. La recherche étiologique a conclu à un sous dosage médicamenteux en rapport avec une mauvaise observance thérapeutique. Le traitement antiépileptique a été réintroduit permettant la disparition des crises convulsives et l'extubation du patient. L'évolution était marquée, par la suite, par l'apparition de douleurs abdominales avec sensibilité épigastrique concomitante à une lipasémie à 6 fois la normale. Une TDM abdominale a été réalisée trouvant une pancréatite stade B de Balthazar. Une enquête étiologique a été réalisée et le diagnostic de pancréatite aigüe médicamenteuse à l'acide valproïque a été suspecté. Le remplacement de ce dernier par la carbamazépine a permis la disparition de la symptomatologie abdominale et la baisse des chiffres de la lipasémie.

Conclusion : La pancréatite aigüe est une complication rare de la prise de l'acide valproïque. L'absence de facteurs prédictifs incite à pratiquer un dosage des enzymes pancréatiques devant tout syndrome abdominal douloureux chez un patient sous ce médicament.

P 143. TOXIDERMIE GRAVE INDUITE PAR LE PHÉNOBARBITAL

AUTEURS : A. MRAD, H. FREDJ*, M. KHALFA, Y. BLEL, N. BRAHMI.

Service de réanimation médicale Polyvalente et Toxicologie. CAMU

Introduction : Le phénobarbital est la molécule antiépileptique la plus ancienne. Elle est généralement bien tolérée, mais peut induire des effets secondaires graves. La toxidermie en une, dans sa forme sévère elle inclue deux entités : le syndrome de Lyell et le syndrome de Stevens-Johnson (SSJ) qui se distinguent par la surface de l'épiderme nécrosé (SJS ≤ 10%; Lyell ≥30%). Nous rapportons trois cas de toxidermie grave au phénobarbital.

Cas 1 : Patient âgé de 70 ans, mis sous phénobarbital pour convulsions faisant suite à un AVC ischémique, 10 jours après il développe une éruption cutanée maculo-papuleuse et bulleuse. Il était fébrile, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, la surface cutanée atteinte était de 9 %. A la biologie, une hyperéosinophilie, les bilans hépatique et rénal étaient normaux. Les sérologies EBV, CMV et HSV ne montraient pas d'infection récente. La biopsie cutanée a montré un décollement de l'épiderme évocateur d'un SJS. L'évolution était favorable après sa mise sous corticothérapie avec des soins locaux.

Cas 2 : Patiente âgée de 49 ans, mise sous phénobarbital pour son épilepsie, 15 jour après elle présente un décollement cutanée généralisé à tout le corps avec fièvre. L'examen note une surface cutanée nécrosée de 100%, une atteinte de la muqueuse buccale, une fièvre, des signes de déshydratation extracellulaire, un signe de Nikolsky positif, le reste de l'examen était normal. A la biologie, une lymphopénie sans hyperéosinophilie, une PCT négative et un bilan hépatique normal. Un syndrome de Lyell était fortement suspecté confirmée par la suite par la biopsie cutanée. La patiente a été admise en USI pour équilibre hydro-électrolytique. La prise en charge était symptomatique. L'évolution était défavorable, installation d'une insuffisance respiratoire aigue à J4, rattachée à la toxidermie .La patiente est décédée à J5 d'évolution.

Cas 3 : Patient âgé de 42 ans, suivi en neurologie sous phénobarbital, 13 jours après la prise de cette molécule, il développe une atteinte cutanée diffuse à tout le corps. A l'admission il était fébrile, on note un décollement cutané de toute la surface corporelle, sans détresse vitale. A la biologie on note un hyperéosinophile à 1650 éle/mm³, une hyperleucocytose, la CRP et la PCT étaient initialement négatives, une cholestase anictérique sans cytolyse, et une fonction rénale normale. Les sérologies virales n'ont pas pu être réalisées. La biopsie cutanée a montré une nécrose de l'épiderme évoquant un syndrome de Lyell. L'évolution était rapidement fatale, survenue d'un état de choc septique à porte d'entrée cutanée à J3 d'évolution et décès du patient.

Conclusion : La toxidermie est une maladie très grave, la mortalité varie de 5 à 10% en cas de SSJ à plus de 30% en cas de syndrome de Lyell. Le diagnostic est évoqué sur des arguments cliniques et confirmé par la biopsie cutanée. Il n'existe pas actuellement de traitement de fond de validité démontrée. La corticothérapie générale est controversée. Le médicament présumé responsable doit être contre-indiqué.

P 144. CRISE D'ASTHME AIGU GRAVE SUITE AU SULFATE DE TERBUTALINE : A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : NAJEH BACCOUCH, OLFA TURKI, RANIA AMMAR, MARIEM SAMEOUI, KAMILIA CHTARA, HEDI CHELLY, MOUNIR BOUAZIZ.

Chu Habib Bourguiba

Introduction : Les sulfites sont des composés chimiques provenant du soufre. Les sulfites sont des antioxydants utilisés comme conservateurs dans de nombreux aliments. Les sulfites sont retrouvés également dans certains médicaments. L'intolérance aux sulfites peut entraîner des réactions violentes chez les asthmatiques et chez les personnes atteintes du syndrome de Vidal (polypose nasale, asthme, intolérance à l'aspirine).

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 38 ans admise en réanimation le 27/09/2016 pour prise en charge de crise d'asthme aigu grave .Dans ses antécédents un asthme évoluant depuis 8 ans avec plusieurs décompensation nécessitant l'hospitalisation en réanimation avec recours à la ventilation mécanique à 2 reprises, un diabète, une hyper-tension artérielle cortico-induite et une allergie au sulfate de magnésium découverte il y a un an.La patiente était hospitalisée au service de pneumologie pour décompensation de son asthme suite à une bronchite. L'évolution était marqué par la dégradation de son état respiratoire, l'équipe de réanimation était appelée et la patiente a été intubée ventilée sédaturée devant la gravité de son état respiratoire, puis transférée au service de réanimation.A l'admission la patiente était trop broncho spastique, des sibilants diffus au 2 champs pulmonaire avec une auto-peep à 18 mmHg. Elle a été curarisée et mise sous salbutamol,HSHC,lévo-floxacine,et nébulisation de bricanyl® et atrovent®.L'évolution était marquée par la non amélioration de son état respiratoire avec des crises de bronchospasme fréquente malgré un traitement bronchodilatateur optimal.Au cours de notre surveillance on a constaté que ses crises de bronchospasme surviennent suite à la nébulisation de bricanyl®. La patiente a développé un bronchospasme sévère avec difficulté de la ventilation mécanique, une désaturation et un arrêt circulatoire en asystolie.la réanimation a duré 10 min, elle a reçu 3mg d'adrénaline puis elle a récupéré un rythme sinusale et mise sous adrénaline 1 mg/h.L'évolution était marquée par l'absence de réveil à l'arrêt de la sédation avec absence de réaction à la stimulation douloureuse et mydriase bilatérale aréflexive. Dans ce contexte une TDM cérébrale faite a objectivé un œdème cérébrale diffus avec à l'EEG tracé de souffrance cérébrale de mauvais pronostic. Au total, il s'agit un arrêt cardiorespiratoire compliquant un bronchospasme sévère déclenché par la nébulisation de sulfate de terbutaline chez une patiente âgé de 38 ans asthmatique allergique au sulfate de magnésium.

P 145. EPIDÉMIOLOGIE, INDICATIONS ET COMPLICATIONS DES CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX

AUTEURS : H. FREDJ*, Y. EL HECHMI, I. SEDGHIANI, M. CHERIF, Z. JERBI.

Service des urgences et de réanimation polyvalente, hôpital Hbib Thameur

Introduction : Le cathétérisme veineux central (CVC) est un geste invasif non dénué de risques. Les indications du CVC doivent être bien pesées et limitées. Environ 15 % des patients qui en bénéficient développent une complication mécanique, thrombotique ou infectieuse. L'objectif de cette étude est de décrire les principales indications du cathétérisme veineux central ainsi que ses différentes complications.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive. Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 16 ans et ayant bénéficié d'un cathétérisme veineux central d'une durée supérieure à 48 heures entre le 1^{er} Février et le 30 Juin 2015.

Résultats : Cinquante et un CVC ont été insérés pour 37 patients (22 hommes et 15 femmes), d'âge moyen de 57 ans \pm 14, 37 % (n=19). Le site d'insertion était fémorale dans 65 % (n=33) des cas, et sous clavier dans 35% des cas (n=18), la voie jugulaire n'a pas été utilisée. Le repérage de la veine sous clavière était échoguidé dans 32% des cas. La principale indication du CVC était l'administration de drogues vasoactives (41% des cas), suivie de l'impossibilité de trouver un accès veineux périphériques (31% des cas) et de la longue durée prévue de l'abord veineux (27% des cas). Les incidents de ponction ont été observés : échec de ponction (60% des cas), ponction artérielle (30% des cas), formation d'hématome (20% des cas). La survenue d'un pneumothorax a été rapportée uniquement chez un seul patient. Aucune autre complication mécanique ni thrombotique n'a été rapportée. L'incidence des infections liées aux cathéters était de 15% (n=8), compliquée de bactériémie dans 6% de cas (n=3). Les CVC ont été retirés pour fin d'usage dans 41 % des cas (n=21), en cas de suspicion d'ILC dans 19% des cas et en cas de dysfonction dans 8% des cas (n=4).

Conclusion : En dépit du fait que les indications des CVC étaient limitées au strict minimum, l'incidence des complications étaient relativement élevées. Les ponctions artérielles et les échecs de ponction pourraient être diminués par la généralisation de l'échoguidage. Les complications infectieuses pourraient être diminuées par la limitation de la durée du cathétérisme et la limitation de la manipulation des voies.

P 146. ATTEINTE HEPATIQUE SEVERE INDUITE PAR UNE CORTICOTHERAPIE SYSTEMIQUE : UNE PRESENTATION ATYPIQUE.

AUTEURS : SEIFEDDINE AZAIEZ*, SANA KHEDHER, AMIRA MAAOUI, KHOULOU MANNAI, MOHAMED SALEM.

Unité de soins intensifs digestifs- service de gastro-entérologie, hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction : Le risque d'iatrogénie secondaire à la prise de glucocorticoïdes est important, notamment en cas de doses élevées ou de traitement prolongé. Le métabolisme hépatique de ces médicaments augmente ce risque chez les cirrhotiques et peut induire des atteintes peu classiques.

Cas clinique : Monsieur K. A. Est âgé de 67 ans et porteur d'une cirrhose post hépatite C depuis juin 2014, compliquée d'une cryoglobulinémie. Il a été hospitalisé en décembre 2015 au service de dermatologie pour prise en charge d'une troisième poussée de pemphigus profond pour lequel il est suivi depuis 2012. Son traitement de fond inclue 15 mg par semaine de méthotrexate et 10 mg par jour de prednisone. Le bilan hépatique initial était normal. Une augmentation des doses de corticothérapie à 85 mg par jour, soit 1.25 mg par kg quotidiennement a été instaurée. 11 jours plus tard, un traitement injectable à base d'aciclovir a été démarré devant la persistance des lésions buccales et un cytodagnostic de Tzanck positif et arrêté secondairement devant une insuffisance rénale aigue avec une bonne évolution. A 18 jours du traitement corticoïde sont survenues une cytolyse atteignant progressivement 7 fois la normale et une cholestase 58 fois la normale, non améliorées après l'arrêt du méthotrexate et de l'aciclovir. Le patient a été transféré en unité de réanimation digestive, un traitement à base d'hémisuccinate d'hydrocortisone par voie intraveineuse a été instauré. Une amélioration des anomalies hépatiques s'en suit rapidement. La dégression des corticoïdes ainsi que le switch vers une corticothérapie orale à faible dose : 20 mg par jour étaient sans incidents. La stabilisation se poursuivait plusieurs semaines après. En aout 2016, le patient a présenté une nouvelle poussée sévère de son pemphigus ayant nécessité la reprise de la prednisone à la dose de 1.5 mg par kg quotidiennement, il s'en suit une perturbation similaire du bilan hépatique avec une cholestase passant de 6 à 110 fois la normale, posant le dilemme du traitement de fond adéquat pour son atteinte dermatologique. Par ailleurs, l'échographie abdominale, les sérologies virales autres que celle de l'hépatite C et le bilan immunologique étaient normaux.

Conclusion : L'atteinte hépatique iatrogène est possible pour les malades cirrhotiques recevant des médicaments à métabolisme hépatique, comme c'est démontré dans notre cas où les perturbations hépatiques sont rattachées à la corticothérapie devant un bilan étiologique négatif et une chronologie évocatrice.

P 147. UN SYNDROME DE STEVEN JOHNSON SECONDAIRE A LA PRISE DE L AMOXACILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE OBSERVE EN REANIMATION

AUTEURS : HRAIECH K*, HAMMOUDA Z, BEN BRAIEK D, NAKAA S, OUSJI A, ADHIEB A, MGHIRBI A, BEN ABDALLAH S, OUANES I, DACHRAOUI F, BESBES OUANES L, ABRUG F.

Service de réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction : Le syndrome de Stevens-Johnson est une atteinte grave, de survenue brutale, et potentiellement mortelle (15 % des cas). C est une maladie souvent provoquée par des médicaments, touchant la peau et les membranes muqueuses, une expression grave d un érythème polymorphe Il est caractérisé par une pluralité de symptômes, pouvant ou non être associés : de la fièvre, l atteinte simultanée de plusieurs muqueuses (une conjonctivite purulente, des efflorescences dans la bouche, le nez, le pénis ou la vulve, l anus, ...), la destruction par nécrose de la couche superficielle de la peau, l atteinte de certains organes internes, des myalgies et un méléna. Dans ce travail, on va rapporter l'observation d'un malade qui a été hospitalisé en réanimation.

Matériel et méthodes : case report au sein du service de réanimation polyvalente du CHU Fattouma Bourguiba MONASTIR

Résultat : Patient GH âgé de 46 ans, sans antécédents pathologiques notables admis au service de réanimation polyvalente le 01/04/2016 pour éruption cutanée généralisée. A l'interrogatoire, on note la notion de prise de Clavor le 30/03/2016. Deux jours plus tard soit le 01/04/2016, le patient a développé une éruption cutanée non prurigineuse avec des phlyctènes au niveau des mains des pieds et de la bouche, ramenant le patient à consulter les urgences le jour même. L'examen aux urgences trouve un patient tachycarde à 110bpm, TA à 100/58, apyrétique, un score Glasgow à 15/15. Il a été mis sous corticoïdes HSHC 600mg/j, de l'adrénaline en IV et une hydratation par du sérum physiologique. L'évolution a été marquée par l'extension des lésions à tout le corps épargnant le visage. Le diagnostic d'un syndrome de Steven Johnson a été retenu, le patient a donc été admis en réanimation pour complément de prise en charge. L'examen à l'admission trouve un patient apyrétique, Glasgow à 15/15. On note la présence d'une éruption érythémato-purpurique non prurigineuse généralisée épargnant le visage soit 91% de surface corporelle, des phlyctènes couvrant 46% de la surface corporelle, des phlyctènes rompus au niveau des pieds, des genoux, des mains, des organes génitaux externes et en péri-ombilical. Présence de lésions bulleuses au niveau de la muqueuse gingivale avec saignements au niveau de la langue. Le reste de l'examen était sans anomalies notamment : pas d'œdème laryngé. A la radio thorax : présence d'un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral. Pas d'anomalies biologiques notables. Les sérologies mycoplasme pneumonie, chlamydia et herpes étaient négatives. Une biopsie cutanée a été faite montrant l'aspect d'un érythème polymorphe. L'évolution était marquée par : * une apyrexie durable. * Début de cicatrisation des lésions. * le patient a été transféré au service de dermatologie pour complément de prise en charge. Une consultation de pharmacovigilance était prévue chez lui

Conclusion : La cause principale du SJS reste très majoritairement médicamenteuse essentiellement : les sulfamides antibactériens, les anticomiteux, certains anti-inflammatoires non stéroïdiens. Un risque beaucoup plus faible a été démontré pour de nombreux antibiotiques. Le pronostic fonctionnel est péjoratif avec la survenue de multiples séquelles douloureuses et invalidantes.

AUTRE

P 148. MORBI-MORTALITY IN BARIATRIC SURGERY

AUTEURS : MS NAKHLI, M KAHOUL, N SFEYHI*, B ASSIDI, N HELAL, H BEN HAMADA, W NAIJA.

Department of Anesthesiology and Intensive Care Unit, Sahloul Hospital – Sousse

Introduction : Obesity is a multifactorial disease responsible for many complications; its prevalence is increasing varying between 5 and 15%. Bariatric surgery currently appears as a treatment for a significant and sustained weight-loss and improving comorbidities but it remains a risky surgery. The objectives of our study are to evaluate the perioperative morbi-mortality and to identify prognostic factors for bariatric surgery.

Materials and methods : It's about a retrospective, mono-center and analytic study conducted jointly in the Anesthesia and Critical Care and the general surgery departments; including 25 patients operated on for morbid obesity in the period from 01/02/2006 until 31/12/2009.

Results : The mean age of patients was 29 years with a female predominance. The mean BMI was 46.21 kg / m². 72% of patients had comorbid factors dominated by diabetes (5 cases), dyslipidemia (5 cases), hypertension (4 cases) and Obstructive Sleep Apnea (2 cases). All patients were operated on by laparoscopy; surgical technique was a gastric band for 10 patients, gastric Sleeve for 7 patients and gastric bypass 8 patients. The average duration of stay was 6.72 days (3 to 9 days). We recorded a single death in a patient who had a complicated gastric bypass of postoperative peritonitis following a gastro jejunal fistula. The immediate post-operative morbidity was 24% dominated by pneumopathy (5 cases). Delayed complications (60%) are dominated by nutritional disorders and vitamin deficiencies (4 patients) and gastrointestinal functional disorders (7 patients).

Conclusion : Obesity is a frequent and growing major problem of public health. Surgical indications are more and more appropriate and beneficial effects are clear but the morbi-mortality remains significant. Assessment and preoperative preparation, master of surgical techniques and regular postoperative follow can reduce complications and perioperative mortality.

P 149. HERNIE DIAPHRAGMATIQUE LETALE POST TRAUMATIQUE

AUTEURS : MS NAKHLI, M KAHOUL, W FRIGUI*, N CHRIGUI, H BEN SALAH, A ESSAFI, S GUELLIM, W NAIJA.

Service d'Anesthésie Réanimation, CHU Sahloul – Sousse

Introduction : La hernie diaphragmatique post traumatique est une urgence chirurgicale rare compliquant les traumatismes fermés ou pénétrants de l'abdomen et du thorax. Elles se voient dans environ 5% des poly traumatismes graves. Le diagnostic en phase aiguë est difficile et l'incidence élevée des lésions associées font de cette pathologie une urgence médico-chirurgicale avec une mortalité élevée.

Observation : Un patient âgé de 39 ans admis à nos urgences pour prise en charge d'un polytraumatisme suite à un AVP : conducteur de voiture heurté par un train. Dans les lieux de l'accident, il était incarcéré dans sa voiture et plaqué contre le tableau de bord pendant 40 minutes. Libéré grâce à l'intervention des équipes de protection civile, puis adressé à l'hôpital régional le plus proche en attendant l'arrivée des équipes de SAMU. Une radiographie de thorax réalisée aux urgences a montré un effacement de l'hémi-coupole diaphragmatique gauche, une image de clarté digestive occupant la quasi-totalité de l'hémi-thorax gauche avec une déviation du médiastin vers le coté droit. Lors de son transfert, il a présenté une détresse respiratoire faite de dyspnée et de polypnée suivie par une altération de son état hémodynamique avec chute des chiffres tensionnelles devenus imprenables ce qui a nécessité son intubation et sa mise sous Noradrénaline. Devant la stabilisation de son état hémodynamique par le remplissage et sa mise sous catécholamines et avant de l'admettre au bloc opératoire, une TDM thoraco-abdominale réalisée a montré (figure) :

-Rupture de la coupole diaphragmatique gauche avec hernie de l'estomac en intra thoracique refoulant le cœur et les axes vasculaires vers la droite.

- Epanchement pleural liquidien bilatéral de moyenne abondance.
- Pneumothorax bilatéral de moyenne à grande abondance.
- Pneumo médiastin avec probable lésion associée de trachée.

Patient a présenté un premier arrêt cardiaque, récupéré par une réanimation cardiorespiratoire de 20 minutes suivi d'un deuxième arrêt au bloc opératoire non récupéré.

Conclusion : L'éventualité de la survenue d'une hernie diaphragmatique doit être systématiquement présente à l'esprit en cas de traumatisme thoraco-abdominal fermé violent ou en cas de plaie basithoracique afin d'éviter la survenue de complications qui mettent directement en jeu le pronostic vital du malade.

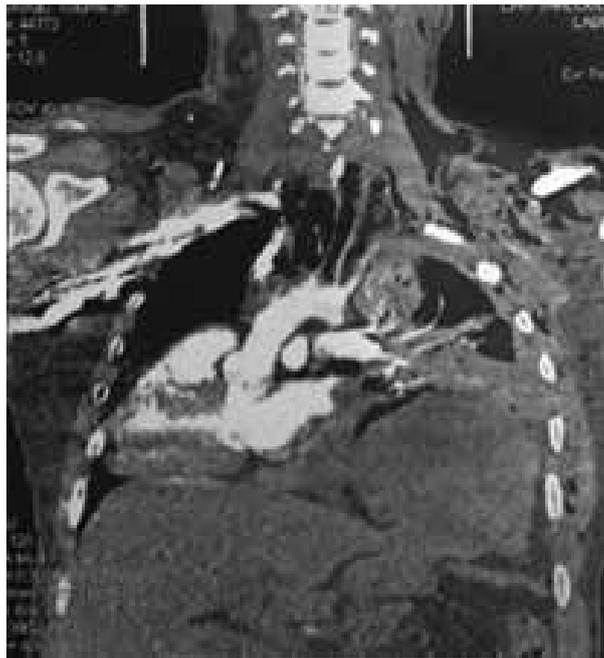


FIGURE : HERNIE DIAPHRAGMATIQUE GAUCHE

P 150. CLOSED CHEST TRAUMA : ABOUT TWO UNUSUAL LESIONS OF LARGE VESSELS

AUTEURS : D ZAABAR*, MS NAKHLI, M KAHOUL, N HELAL, W FRIGUI, R CHRIGUI, W NAIJA.

Department of anesthesia and intensive care, Sahloul teaching hospital - Sousse

Introduction : Closed chest trauma can cause immediately life threatening pathology that must be recognized and managed during primary survey and resuscitation. Thoracic large vessel trauma in this context is relatively rare; representing less than 5% of traumatic injuries. The true incidence is likely underestimated, as many victims die prior to arriving at the hospital for definitive treatment.

Case Report 1 : A 35 year old patient was victim of a public road accident (driver of a motorcycle hitting a tree). In emergency, the patient was in good neurological and respiratory status. Physical examination was entirely normal except a pain described by the patient and objectified by sternal palpation. Despite the correct blood pressure, the severity of his hemodynamic status was suspect from a suddenly appeared tachycardia associated with a drop in his blood pressure values within less than 2 minutes. After stabilizing the patient's condition, a chest film showed a mediastinal widening with cardiomegaly. A thoracic CT scan objectified a wound of the superior vena cava next to its front face, heavy bleeding in retrosternal, double sternal fracture. Immediately, a blood transfusion was started and the Cardiovascular Surgery Department was aware. The patient was admitted to the operating room where a thoracotomy, with surgical hemostasis and wound closure, was achieved. The patient was sent to ICU after surgery for post operative monitoring and management.

Case Report 2 : Patient aged 18 years old, victim of a public highway accident (front passenger of a vehicle pressed against the dashboard). Our first review in emergency showed an abdominal sensibility without other complaints or signs of vital distress. A body scan showed an intraluminal thrombus located in the inferior vena cava just prior to its stoma with the right atrium, a thrombosis of the middle hepatic vein, contusion in the fifth segment of the liver with an average abundance of haemoperitoneum. Heparin was prescribed from the second day to limit the extension of the thrombus and to prevent the risk of pulmonary embolism. A chest CT scan showed the disappearance of thrombosis of the IVC, a proximal pulmonary embolism with a regression of the thrombus intraluminal, a stable liver contusion and a low abundance haemoperitoneum.

Conclusion : Closed injuries of the thoracic vasculature are highly lethal injuries requiring timely diagnosis and life saving intervention. Clinical signs of these traumatic injuries are rarely present, and diagnosis is based on a high index of suspicion based on mechanism of injury, and the results of imaging studies.

P 151. MALADIE THROMBOEMBOLIQUE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE : QUELLES SPÉCIFICITÉS?

AUTEURS : H. FREDJ (1)*, Y. KORT (2), O. HINTATI (1), N. KHAMMASSI (1), H. ABDELHEDI (1)

(1). Service de médecine interne, Hôpital razi, Tunis, Tunisie;

(2) Service de médecine interne, hôpital razi

Introduction : Les patients suivis en psychiatrie et particulièrement ceux suivis pour psychose sont à risque d'évènements thromboemboliques. En effet, en plus des facteurs de risque classiques, se surajoutent la contention mécanique, l'immobilisation pharmaceutique et les médicaments pro thrombogènes. Ceci n'exclue pas une enquête étiologique approfondie qui est souvent difficile dans ce contexte, les signes fonctionnels étant souvent mal exprimés.

Patients et méthodes : Etude rétrospective conduite au service de médecine à l'H.Razi (Hôpital psychiatrique) et colligeant tous les cas d'évènements thromboemboliques veineux survenus entre 2013 et 2016 chez des patients suivis en psychiatrie.

Résultats : Nous avons colligés 17 patients atteints de TVP. Il s'agissait de 10 hommes et 7 femmes. Les patients étaient suivis pour une psychose dans 65% des cas, un trouble bipolaire dans 17,5% des cas et un trouble anxio-dépressif dans 17,5% des cas. Ils étaient traités par des neuroleptiques de première génération dans 65% des cas, des neuroleptiques de deuxième génération dans 30% des cas, une association dans 12% des cas, des hypnotiques dans 76% des cas, des régulateurs de l'humeur dans 34% des cas et des antidépresseurs dans 17,5% des cas. L'évènement thromboembolique était une thrombose veineuse dans 81% des cas et une embolie pulmonaire dans 19% des cas. Les facteurs de risque de thrombose retrouvés étaient une immobilisation dans 53% des cas, un tabagisme actif dans 47% des cas, une contention physique dans 30% des cas et un surpoids ou une obésité dans 47% des cas. L'enquête étiologique a été faite de manière exhaustive chez uniquement 42% des patients. La recherche d'une néoplasie a été réalisée dans 88% des cas, la recherche d'une thrombophilie constitutionnelle a été réalisée dans 19% des cas. Le bilan étiologique a retrouvé une néoplasie chez deux patients, un lupus érythémateux disséminé chez une patiente, une maladie de Behçet chez un patient et une cause locale (exostose de la tête du péroné) chez un patient. 58% des patients ont été perdus de vue après leur hospitalisation ou après la première consultation suivant leur hospitalisation.

Conclusion : Des facteurs de risque de thrombose spécifiques au milieu psychiatrique ont été retrouvés chez nos patients, facteurs qui doivent être pris en compte lors de l'évaluation du risque thromboembolique. Le maniement des anticoagulants chez ces patients est souvent problématique du fait d'une mauvaise observance (dont témoigne le nombre de perdus de vue dans notre étude) et des nombreuses interactions avec les neuroleptiques.

P 152. LES FACTEURS PRONOSTIQUES DU POLYTRAUMATISÉ EN MILIEU DE RÉANIMATION

AUTEURS : ELIDI INES*, BEN OTHMEN NADER, BZEOUICH NASRI, BEN ABDALLAH AYMEN, KHARRAT MOUNIR, BARHOUMI MED HAFEDH.

Service d'anesthésie réanimation - CHU Ibn Jazzar Kairouan

Introduction : Le polytraumatisme constitue la première cause de mortalité pour les sujets jeunes de moins de 45 ans. Ceci est due soit à des erreurs dans la stratégie de prise en charge soit à un défaut d'organisation. Objectif : L'objectif de cette étude était de : Préciser les particularités sociodémographiques des polytraumatisés. Identifier les facteurs prédictifs de mauvais pronostic chez le polytraumatisé pour améliorer la prise en charge et réduire la morbi-mortalité.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 120 patients victimes de polytraumatisme colligés au service d'Anesthésie Réanimation de l'hôpital Ibn Jazzar de Kairouan durant la période du 1^{er} janvier 2013 jusqu'au 31 décembre 2013.

Résultats : L'âge moyen de nos patients a été de 38 ans et le sex-ratio de 2,16. Les accidents de la voie publique constituent la cause de polytraumatisme dans 80% des cas. Les principales lésions retrouvées étaient : des lésions de l'appareil locomoteur dans 92% des cas, un traumatisme thoracique dans 90% des cas, un traumatisme crânien dans 89% des cas, un traumatisme maxillofacial dans 52,5% des cas, un traumatisme du bassin dans 31% des cas, un traumatisme abdominal dans 30,8% des cas et des lésions rachidiennes dans 19,1% des cas. Les scores de gravité étaient en moyenne de 5,92 pour le RTS, de 34 pour l'ISS et de 42 pour l'IGSII. Un traitement chirurgical a été indiqué chez 80% des patients. Il s'agissait essentiellement de chirurgie orthopédique dans 47,5% et de chirurgie neurologique dans 21,7% des cas. Le recours à l'intubation et à l'assistance ventilatoire était nécessaire chez 57,5% des patients. Une trachéotomie secondaire a été pratiquée chez 16 patients. La durée moyenne de la ventilation mécanique était de 15 jours. La durée de séjour en réanimation était en moyenne de 10 jours. Le recours aux drogues vaso-actives était nécessaire chez 37% des patients. Une assistance nutritionnelle chez 20% des patients, une antibioprophylaxie chez 54% des patients et une prévention des thromboses veineuses dans 91% des cas. Les complications étaient dominées par les troubles trophiques chez 89% des patients et les complications de la ventilation mécaniques dans 33% des cas.

Le taux de mortalité était de 51,7%.

Conclusion : Au bilan de l'étude multivariée, les facteurs influençant potentiellement la mortalité du polytraumatisé sont la présence d'un traumatisme crânien grave ($p=0.001$), l'inhalation à l'admission ($p=0.004$), la présence d'un état de choc à l'admission ($p=0.003$), la présence d'une hypoxémie initiale ($p=0.041$), un taux d'hémoglobine initial inférieur à 10 g/dl ($p=0.042$), un score ISS > 40 ($p<0.01$) et un IGSII > 45 ($p=0.034$).

P 153. SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE SECONDAIRE A PROPOS D'UN CAS

AUTEURS : MARZOUK.M*, SEHLI.A, TOUAIBIA.M, DRIDI.A, OUERGHI.S, MESTIRI.T.

Département d'anesthésie réanimation, hôpital A.Mami, Ariana, Tunisie

Introduction : Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est une pathologie rare dont la mortalité est élevée. Son diagnostic repose sur l'association d'éléments cliniques, biologiques et histologiques (1). L'étude de notre cas a pour but de mettre en valeur les signes cardinaux du SAM qui poussent vers un complément d'exploration et éventuellement des implications thérapeutiques.

Observation : Il s'agit de la patiente S.J. Âgée de 37 ans classée ASA1, elle a eu une tumorectomie d'une masse fibreuse solitaire bénigne du poumon droit. Les suites opératoires ont été marquées par la survenue d'une fièvre chiffrée à 40° avec un syndrome inflammatoire biologique à partir du 5^{ème} jour postopératoire en rapport avec un pyothorax postopératoire. La patiente a été réopérée à j10 postopératoire se compliquant au bloc opératoire d'un état de choc septique avec syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA). En réanimation, la patiente a été gardée sédaturée intubée ventilée avec support hémodynamique, mise sous antibiothérapie empirique avec une stratégie ventilatoire adaptée. Les prélèvements distaux protégés ont conclu à un *Acinetobacter* multirésistant pour lequel elle était mise sous Colistine et Rifampicine. Devant un index de colonisation 3/5 et la persistance de la fièvre on ajoute de l'Amphotéricine B. Une apyrexie de deux jours était noté puis récidive d'une fièvre chiffrée à 39-40° C en plateau avec anémie normochrome normocytaire mises sur le compte du sepsis. Des septicémies à *Pseudomonas* et *Serratia Marascens* ont été mises en évidence et traitées ainsi qu'une candidémie à *Candida non Albicans*. La persistance de la fièvre, l'anémie et une récente thrombopénie à J35 postopératoire ont fait suspecter un SAM d'où le complément d'exploration radio-biologiques qui ont conclu à une hépatosplénomégalie ; une augmentation franche des lactico-déshydrogénases, de la ferritine et des triglycérides associée à un effondrement de la fibrinémie. Le diagnostic de SAM était fortement suspecté, une ponction sternale a été programmée pour mettre en évidence les images d'hémophagocytose dans la moelle osseuse à fin de commencer le traitement mais la patiente s'est dégradée sur le plan hémodynamique et respiratoire. Elle est décédée dans un tableau de défaillance multiviscérale avant de pouvoir commencer le traitement.

Discussion : La mortalité du SAM avoisine 50% (3). La connaissance de ses symptômes est nécessaire en milieu de réanimation pour pouvoir déclencher une cascade d'explorations pour récolter le maximum d'arguments diagnostiques et entamer une stratégie thérapeutique le plus tôt possible. Le démarrage du traitement symptomatique et spécifique est une urgence surtout en cas de dysfonction d'organe sans attendre les compléments d'explorations.

Conclusion : Le SAM doit être évoqué devant toute fièvre et cytopénie(3). L'association d'hypertriglycéridémie et d'hyperferritinémie est fortement évocatrice. L'histologie peut manquer et est un élément important mais n'est pas indispensable si l'urgence thérapeutique prime (2).

Bibliographie :

- 1- Syndrome d'activation macrophagique d'origine infectieuse : SRLF 2009.
- 2- J Intensive Care Med. 2015 October ; 30(7) : 401-412.
- 3- The american journal of medicine (2014) 127, 1118-1125

P 154. INFARCTUS DU MYOCARDE COMPLIQUANT UNE MALADIE DE BEHÇET

AUTEURS : KAANICHE MEDHIOUB F.(¹), ALLELA R.(¹), BEN ALGIA N.(²), CHERIF S.(¹), MNIF M.(³), KRID J.(³).

1. Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Mahres

2. Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Gafsa

3. Service de médecine, hôpital régional Mahres

Introduction : L'atteinte vasculaire au cours de la maladie de Behçet (MB) est une complication rare. Elle intéresse aussi bien les gros que les petits vaisseaux. L'atteinte cardiaque se rencontre dans 1 à 6 % des cas de MB mais l'atteinte coronarienne est exceptionnelle.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 32 ans, sans facteurs de risque d'athérosclérose, ayant présenté une thrombophlébite récidivante du membre inférieur, traitée par AVK pendant neuf mois. Le bilan étiologique initial était négatif. Un an plus tard, la patiente était admise pour prise en charge d'un IDM antérieur. La coronarographie met en évidence une occlusion de l'inter ventriculaire antérieure. La patiente a bénéficié d'une angioplastie avec mise en place d'un stent. La reprise de l'interrogatoire a mis en évidence la notion d'une aptose bipolaire et d'uvéite récidivante depuis 4 ans sous corticothérapie locale. Elle a été mise sous traitement anti-angineux, colchicine, corticothérapie dégressive à dose initiale de 1 mg/kg/j et azathioprine (150 mg/j) puis sous AVK au long cours.

Discussion : L'atteinte coronarienne est rare au cours de la MB. Elle survient le plus souvent au cours des cinq premières années de la maladie. Elle est rarement rapportée comme une circonstance de découverte de la maladie. Cette atteinte est souvent tronculaire, proximale et affecte volontiers l'interventriculaire antérieure. Elle se complique d'IDM ou d'anévrysme coronaire. Le pronostic est influencé par le type des lésions occlusives ou anévrismales et impose un traitement à base de corticoïdes et/ou d'immunosuppresseurs.

Conclusion : L'atteinte coronarienne au cours de la MB reste exceptionnelle. Il faut l'évoquer de principe devant un jeune patient sans facteurs de risque d'athérosclérose, par la recherche des autres signes de la maladie. Sa mise en évidence implique la mise en route d'un traitement spécifique agressif

P 155. PANCRÉATITE AIGÛE AVEC BILAN ENZYMATIQUE NORMAL

AUTEURS : KAANICHE MEDHIOUB F. ⁽¹⁾, ALLELA R. ⁽¹⁾, BEN ALGIA N. ⁽²⁾, CHERIF S. ⁽¹⁾, MNIF M. ⁽³⁾, KRID J. ⁽³⁾.

^{1.} Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Mahres

^{2.} Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Gafsa

^{3.} Service de médecine, hôpital régional Mahres

Introduction : La pancréatite aigüe (PA) est une pathologie inflammatoire à la fois locale, régionale et générale qui résulte de l'autodigestion de la glande et des tissus de voisinage. Elle est secondaire à l'activation prématurée des pro-enzymes pancréatiques.

Observation : Patiente âgée de 69 ans, ayant des antécédents d'hypertension artérielle et d'hypothyroïdie, consulte au service des urgences pour une douleur thoracique avec irradiation dorsale de type constructive. L'examen clinique était sans anomalie ainsi que l'électrocardiogramme (pas de trouble de la repolarisation) et le dosage des troponines (deux mesures à 6 heures d'intervalle). Quarante-huit heures après, elle reconseille pour des douleurs épigastrique transfixiante avec irradiation dorsale. L'examen à l'admission trouve une fièvre à 38.3°, une distension abdominale et une sensibilité épigastrique. A la biologie, un syndrome inflammatoire et le dosage des enzymes pancréatiques était normal (Amylasémie à 189UI/L et Lipasémie à 95UI/L). Une tomодensitométrie abdominale a révélé une PA stade C. La patiente était hospitalisée au service de chirurgie générale. L'enquête étiologique a conclu à une hypertriglycéridémie. L'évolution était favorable.

Commentaire : Le diagnostic d'une PA repose sur l'association de deux des trois critères : douleurs typiques, lipasémie > 3 N et imagerie par scanner, IRM ou échographie. L'hyperlipasémie contemporaine aux premiers signes cliniques persiste plusieurs jours au décours de la crise. Il faut en tenir compte du temps écoulé entre le dosage enzymatique et le début des signes cliniques, qui est parfois trompeur et atypique chez les sujets âgés.

Conclusion : Un bilan enzymatique normal n'élimine pas le diagnostic de PA, affection qui peut mettre en jeu le pronostic vital.

P 156. SJÖGREN SYNDROME AFTER THYMECTOMY FOR MYASTHENIA GRAVIS

AUTEURS : KAANICHE MEDHIOUB F. ⁽¹⁾, ALLELA R. ⁽¹⁾, BEN ALGIA N. ⁽²⁾, CHERIF S. ⁽¹⁾, MNIF M. ⁽³⁾, KRID J. ⁽³⁾.

^{1.} Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Mahres

^{2.} Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Gafsa

^{3.} Service de médecine, hôpital régional Mahres

Introduction : Thymomas are the most common neoplasm of the anterior mediastinum. Surgical removal of the thymus gland is used successfully to manage myasthenia gravis (MG). Systemic autoimmune disorders have been detected in MG patients several years after thymectomy.

Observation : A 28-year-old woman had had many petechiae on her arms, legs and forearms, and xerostomia and keratoconjunctivitis sicca for 4 years. She noted enlargement of her cervical lymph nodes and mild arthralgia of her elbows, wrists and knees. Significant laboratory findings follow : white blood cell count 2800/mm³; platelets 164,000/mm³; erythrocyte sedimentation rate 98 mm/h; CRP negative; rheumatoid factor positive; IgG 3455 mg/dl; IgA 21540 mg/dl; IgM 744 mg/dl; cryoglobulin negative; immunoelectrophoresis, polyclonal hypergammopathy; ANA positive; anti-SS-A antibody positive; anti-SS-B antibody negative; hemolytic complement 32 U/ml; rose bengal test positive. A biopsy specimen taken from the minor labial salivary glands revealed diffuse lymphocytic infiltration around many glands and ducts with acinar destruction. The diagnosis of SS was made and the patient was treated with corticosteroids. The petechiae gradually decreased, and the IgG level and erythrocyte sedimentation rate were also reduced. Two years later, she had been diagnosed with MG based on the typical history of diplopia, right eye ptosis, generalized muscle weakness, positive response to edrophonium, and increased decremental response after repetitive nerve stimulation. A thymectomy was performed to remove her hyperplastic thymus. Three months after surgery, petechiae of the members, swelling of the right parotid gland, and xerostomia reappeared, along with an elevation of serum IgG, IgA, and IgM levels and of the erythrocyte sedimentation rate. The clinical and biological presentation responded to treatment with low doses of prednisolone for 6 months. During the 2-yr follow-up period, the patient was stable and did not suffer from any specific symptoms of SS.

Discussion : Although thymectomy leads to remission in a significant number of MG patients, Nieto and al [1] reported that the outcome differs, especially in those with different types of autoantibodies. This surgical option may be a precipitating factor for other autoimmune diseases, such as SS. Izumi and al [2] reported high titers of serum ANA after thymectomy in two patients with SS. Preexisting autoimmunity can be a risk factor for developing autoimmune manifestations after thymectomy.

Conclusion : Although thymectomy is the effective treatment modality in patients with MG, development of SS in MG patients after thymectomy has been reported.

References : 1. Nieto IP, Robledo JP, Pajuelo MC, Montes JA, Giron JG, Alonso JG and al. Prognostic factors for myasthenia gravis treated by thymectomy : review of 61 cases. *Ann Thorac Surg.* 1999;67 :1568-71. 2. Izumi H, Nobukawa B, Takahashi K, Kumasaka T, Miyamoto H, Yamazaki A and al.. Multilocular thymic cyst associated with follicular hyperplasia : clinicopathologic study of 4 resected cases. *Hum Pathol.* 2005; 36 :841-4

P 157. SATISFACTION DES FAMILLES EN RÉANIMATION : IMPACT DES NOUVEAUX LOCAUX

AUTEURS : KMAR HRAIECH, FAHMI DACHRAOUI, ALI OUSJI, ABDELWAHEB M GHIRBI, DHOUBA BEN BRAIEK, ALI ADHIEB, SABRINE NAKKAA, ISLEM OUANES, SAOUSEN BEN ABDALLAH, HAMMOUDA ZAINEB, LAMIA OUANES-BESBES, FEKRI ABROUG.

Service de Réanimation Polyvalente, CHU F.Bourguiba, Monastir

Introduction : L'évaluation de la satisfaction des familles est devenue un élément essentiel de la responsabilité des réanimateurs et un critère majeur pour évaluer la qualité des soins. La satisfaction des familles pourrait dépendre des caractéristiques organisationnelles et architecturales du service de réanimation. En mars 2016, notre service de réanimation a été transféré à de nouveaux locaux. Le but de notre étude était de comparer le niveau de satisfaction des familles avant et après le changement des locaux de notre service.

Matériel et méthodes : Dans une étude transversale, nous avons évalué la satisfaction des membres des familles durant deux périodes (1^{ère} Période : Juillet-Septembre 2009 : anciens locaux, 2^{ème} période : Août-Septembre 2016 : nouveaux locaux). Nous avons utilisé le questionnaire CCFNI (Critical Care Family Needs Inventory Questionnaire) qui englobe les caractéristiques démographiques des membres des familles (âge, sexe, lien de parenté avec le patient, niveau d'éducation) et celles des patients (âge, sexe, état matrimonial, SAPS II, diagnostic, issue du patient au terme de son séjour en réanimation). Les 14 items du questionnaire sont notés à 1 point si la réponse est «tout le temps» ou «la plupart du temps» (: satisfaction) et 0 si la réponse était «seulement parfois» ou «jamais» (: non satisfaction)

Résultats : Durant la première et la deuxième période d'étude, nous avons inclus respectivement 139 et 78 proches de 44 et 17 patients hospitalisés respectivement dans notre service de réanimation pendant plus de 48 heures. Les caractéristiques démographiques des patients étaient similaires dans les deux périodes d'étude : l'âge médian : 59 ans (IQR = 19), 62% de femmes, SAPS II = 33 (IQR = 33), 78% étaient mariés, 82% d'entre eux souffraient d'une maladie chronique. L'insuffisance respiratoire est le motif le plus fréquent d'hospitalisation (73%), la durée du séjour en réanimation était de 14 jours (IQR = 19) et la mortalité en réanimation était de 27%. Après le transfert du service aux nouveaux locaux, les membres des familles étaient plus souvent satisfaits des informations fournies par l'équipe médicale (82% vs 46%; $p < 0,001$). Seulement un tiers des membres des familles (au cours des deux périodes) ont déclaré reconnaître la fonction de chaque membre de l'équipe (31% vs 29,4%, $p = 0,4$), 24,6% et 21,8% ont trouvé des contradictions dans les informations fournies respectivement en 2009 et 2016 ($p = 0,38$). La satisfaction des familles de la salle d'attente était significativement plus élevée durant la deuxième période comparativement à la première période (98% vs 27,3% $p < 0,001$). Le score CCFNI moyen après le transfert aux nouveaux locaux était significativement plus élevé : $11,19 \pm 2,24$ vs $9,41 \pm 1,64$ $p < 0,001$ (figure 1).

FIGURE 1 : COMPARAISON DES SCORES CCFNI ENTRE 2009 ET 2016

Conclusion : Le transfert du service de réanimation à ses nouveaux locaux, en dehors de toute autre mesure, était associé à une meilleure satisfaction des familles. La mise en œuvre d'une stratégie de communication pourrait améliorer d'avantage la satisfaction des familles.



OliClinomel

Presenting the triple-chamber bag from Baxter, containing an olive oil based lipid emulsion



ω -9

Lipid Emulsion
ClinOleic 80% olive oil
+ 20% soybean oil

Amino acids solution
with or without Electrolytes

Glucose Solution



Secure - Simple - Effective