

L'Association Tunisienne  
de Réanimation (ATR)

19  
ÈME

# CONGRÈS NATIONAL DE RÉANIMATION

21-23 novembre 2014  
à l'hôtel Le Royal - Hammamet



# Cahier des abstracts

[www.aturea.org](http://www.aturea.org)

# ANOTHER ZYVOXID<sup>®</sup>

# OXID<sup>®</sup> VICTORY

## IF YOU WANT TO WIN, MAKE THE RIGHT CHOICE

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT ZYVOXID 2 mg/ml, solution pour perfusion 2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE Linézolide 2,00 mg 1 poche de 300 ml contient 600 mg de linézolide Excipients : glucose (45,7 mg/ml soit 13,7 g par poche), sodium (0,38 mg/ml soit 114 mg par poche) Solution pour perfusion. Solution isotonique, limpide, incolore à jaune. 4. DONNEES CLINIQUES 4.1. Indications thérapeutiques Traitement de deuxième intention des pneumonies nosocomiales documentées et des infections compliquées documentées de la peau et des tissus mous. 4.2. Posologie et mode d'administration ZYVOXID, solution pour perfusion, comprimés pelliculés ou granulés pour suspension buvable peuvent être utilisés en traitement initial. Le traitement, après avoir été débuté par voie i.v., peut être relayé par voie orale, lorsque cette dernière est cliniquement indiquée. Posologie et durée de traitement recommandées chez l'adulte : La durée maximale du traitement est de 28 jours. Les doses recommandées, identiques pour la solution pour perfusion et les comprimés/granulés pour suspension buvable, sont les suivantes : Pneumonie nosocomiale : 600 mg par voie intraveineuse deux fois par jour 10-14 jours consécutifs. Pneumonie communautaire : 600 mg par voie intraveineuse deux fois par jour 10-14 jours consécutifs. Infections compliquées de la peau et des tissus mous : 600 mg par voie intraveineuse deux fois par jour 10-14 jours consécutifs. Insuffisance rénale L'utilisation du linézolide dans cette population n'est pas recommandée. Sujet âgé Aucun ajustement posologique n'est nécessaire. Insuffisant rénal Aucun ajustement posologique n'est nécessaire. Insuffisance hépatique Aucun ajustement posologique n'est nécessaire. Mode d'administration : La dose recommandée de linézolide devra être administrée par voie intraveineuse deux fois par jour. La solution pour perfusion devra être administrée sur une période de 30 à 120 minutes. 4.3. Contre-indications : Patients présentant une hypersensibilité au linézolide ou à l'un des excipients. Le linézolide ne devra pas être utilisé chez les patients traités par les inhibiteurs de la monoamine oxydase A ou B ou ayant reçu l'un de ces produits dans les deux semaines précédentes. Patients ayant une hypertension non contrôlée, un phéochromocytome, un syndrome carcinoïde, une hyperthyroïdie, une dépression bipolaire, une schizophrénie dysthymique, un état confusionnel aigu, -patients traités par l'un des médicaments suivants : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, antidépresseurs tricycliques, agonistes des récepteurs 5HT1A sérotoninergiques (triptans), sympathomimétiques directs ou indirects (y compris les bronchodilatateurs adrénergiques, la pseudoéphédrine et la phénylpropranolamine), les vasopresseurs (par exemple : l'adrénaline, la noradrénaline), les médicaments dopaminergiques (par exemple : la dopamine, la bupropionine), la pethidine ou la buspirone. 4.4. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi Myélosuppression Des cas de myélosuppression (incluant anémie, leucopénie, pancytopenie et thrombocytopénie) ont été rapportés chez des patients recevant du linézolide. Une surveillance étroite de la numération sanguine et des plaquettes est recommandée. En cas de survenue d'une myélosuppression le traitement devra être arrêté sauf si sa poursuite est considérée comme absolument nécessaire. Déséquilibre de la mortalité dans une étude clinique avec des patients présentant une septicémie sur cathéter à Gram positif Un excès de mortalité a été observé dans le bras linézolide, par rapport au bras vancomycine/dicloxacilline/oxacilline, au cours d'une étude en ouvert chez des patients atteints de pathologies graves et présentant une septicémie sur cathéter (78/363 (21,5 %) vs 58/363 (16,0 %)). Le facteur principal pouvant expliquer le déséquilibre des taux de mortalité entre les deux bras était le statut de l'infection à Gram positif à l'état initial. Colites et diarrhées associées à la prise d'antibiotiques Il est important d'envisager ce diagnostic chez les patients présentant une diarrhée après administration d'antibiotiques. Les médicaments qui inhibent le péristaltisme sont contre-indiqués dans cette situation. Acidose lactique Une prise en charge médicale immédiate devra être mise en place. En cas de survenue d'acidose lactique, les risques encourus en poursuivant le traitement par le linézolide doivent être évalués au regard du bénéfice attendu. Dysfonctionnement mitochondrial Des événements indésirables tels qu'une acidose lactique, une anémie et une neuropathie (optique et périphérique), peuvent apparaître à la suite de cette inhibition. Syndrome sérotoninergique Des notifications spontanées de syndrome sérotoninergique associé à la co-administration de linézolide et d'agents sérotoninergiques, incluant les antidépresseurs tels que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ont été rapportées. Dans ce cas, les patients doivent être étroitement surveillés afin de détecter tout signe et symptôme de syndrome sérotoninergique : trouble cognitif, hyperthermie, hyperflexie et incoordination. Neuropathies optiques et périphériques. Des cas de neuropathies périphériques, de neuropathies optiques et de névrites optiques, évoluant parfois vers une perte de la vision, ont été rapportés avec le linézolide. Il est recommandé de procéder rapidement à un examen et de diriger, si nécessaire, le patient vers un ophtalmologue. Convulsions Des cas de convulsions ont été rapportés chez des patients traités par ZYVOXID. Inhibiteurs de la monoamine oxydase Le linézolide est un inhibiteur réversible, non sélectif de la monoamine oxydase (MAO), mais il n'a aucun effet antidépresseur aux doses auxquelles il est utilisé comme antibiotique. Prise d'aliments riches en tyramine Les patients doivent être informés de ne pas consommer de grandes quantités d'aliments riches en tyramine. Surinfections L'utilisation d'antibiotiques peut parfois entraîner la prolifération de micro-organismes non sensibles. Les mesures nécessaires devront donc être prises si une surinfection devait apparaître. Populations particulières Le linézolide devra être utilisé avec prudence chez les patients ayant une insuffisance rénale sévère. Effet sur la fertilité Le linézolide réduit de façon réversible la fertilité et induit une morphologie anormale du sperme des rats mâles à des niveaux d'expositions similaires à ceux attendus chez l'homme. Excipients Chaque ml de solution contient 45,7 mg (13,7 g/300 ml) de glucose. Ceci devra être pris en compte pour les patients diabétiques ou présentant d'autres conditions associant une intolérance au glucose. Chaque ml de solution contient également 0,38 mg (114 mg/300 ml) de sodium. Le taux de sodium doit être pris en compte chez les patients suivant un régime hyposodé. 4.5. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions Inhibiteurs de la monoamine oxydase Le linézolide est un inhibiteur réversible, non sélectif de la monoamine oxydase (MAO). L'utilisation du linézolide n'est donc pas recommandée sauf si une surveillance étroite et un monitoring des patients sont possibles. Interactions potentielles conduisant à l'augmentation de la pression artérielle Chez les volontaires sains normotendus, le linézolide majore l'augmentation de la pression artérielle provoquée par l'administration de chlorhydrate de pseudoéphédrine et de chlorhydrate de phénylpropranolamine. Interactions sérotoninergiques potentielles Lors de l'utilisation en clinique du linézolide en association avec des agents sérotoninergiques, incluant les antidépresseurs tels que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), des cas de syndrome sérotoninergique ont été rapportés. C'est pourquoi la co-administration de ces médicaments est contre-indiquée. Prise d'aliments riches en tyramine L'ingestion d'une trop grande quantité d'aliments et de boissons dont la teneur en tyramine est élevée doit être évitée (fromages affinés, extraits de levures, boissons alcoolisées non distillées et soja fermenté telle que la sauce de soja). Médicaments métabolisés par le cytochrome P450 Aucune interaction induite par le cytochrome P450 n'est donc attendue avec le linézolide. Rifampicine La rifampicine a diminué la Cmax et l'AUC du linézolide en moyenne de 21 % [IC 90 % : 15 - 27] et de 32 % [IC 90 % : 27 - 37] respectivement. Warfarine Lors d'une administration concomitante de warfarine à l'état d'équilibre, on a constaté une réduction de 10 % de la valeur moyenne maximale de l'INR ainsi qu'une réduction de 5 % de l'aire sous la courbe de l'INR. 4.6. Grossesse et allaitement Le linézolide ne doit pas être administré lors de la grossesse sauf si cela est absolument nécessaire. Le linézolide et ses métabolites peuvent être excrétés dans le lait maternel, en conséquence, l'allaitement devra être interrompu avant et au cours du traitement par linézolide. 4.7. Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines Les patients doivent être avertis du risque de survenue de vertiges ou de troubles visuels lors de l'administration du linézolide et il devra leur être conseillé de ne pas conduire de véhicules ni d'utiliser des machines en cas d'apparition de l'un de ces effets. 4.8. Effets indésirables Les effets indésirables suivants ont été observés et rapportés lors du traitement par le linézolide avec les fréquences suivantes : Très fréquent (≥ 1/100 à < 1/10) ; fréquent (≥ 1/1000 à < 1/100) ; peu fréquent (≥ 1/1000 à < 1/10000) ; rare (≥ 1/10000 à < 1/100000) ; très rare (< 1/100000) ; indéterminé (ne peut être estimé sur la base des données disponibles). Infections et infestations Fréquent Candidose, candidose orale, candidose vaginale, infections fongiques Peu fréquent Vaginite Fréquence indéterminée colite post antibiotiques incluant la colite pseudomembraneuse Affections hématologiques et du système lymphatique Peu fréquent Leucopénie\*, neutropénie, thrombocytopénie\*, éosinophilie Fréquence indéterminée Myélosuppression\*, pancytopénie\*, anémie\* Affections du système immunitaire Fréquence indéterminée Anaphylaxie Troubles du métabolisme et de la nutrition Fréquence indéterminée Acidose lactique\*, hyponatémie Affections psychiatriques Peu fréquent Insomnie Réduction de l'hémoglobine, hématoctrite ou du nombre d'hématies. Augmentation ou diminution du nombre des leucocytes Peu fréquent Constantes chimiques Augmentation du sodium ou du calcium. Diminution de la glycémie à jeun. Augmentation ou diminution des chlorures Constantes hématologiques Augmentation du nombre des réticulocytes Diminution des neutrophiles 4.9. Surdosage Il n'existe pas d'antidote spécifique. Un traitement symptomatique assurant une diurèse correcte est recommandé. 5. DONNEES PHARMACOLOGIQUES 5.1. Liste des excipients Glucose monohydraté, citrate de sodium (E 331), acide citrique anhydre (E 330), acide chlorhydrique (E 507), hydroxyde de sodium (E 524), eau pour préparations injectables. 5.2. Incompatibilités Aucun additif ne doit être ajouté à la solution. Si le linézolide doit être administré en association avec d'autres médicaments, chacun des médicaments devra être administré selon ses propres modalités d'utilisation. De même, si un même cathéter intraveineux doit être utilisé pour des perfusions successives de plusieurs médicaments, celui-ci doit être rincé, avant et après administration de linézolide, avec une solution pour perfusion compatible. ZYVOXID 2 mg/ml, solution pour perfusion, est physiquement incompatible avec les composés suivants : amphotéricine B, chlorhydrate de chlorpromazine, diazépam, iséthionate de pénicillamine, lactobionate d'érythromicine, phénytoïne sodique et sulfaméthoxazole/triméthoprim. De plus, elle est chimiquement incompatible avec le ceftriaxone sodique. 5.3. Durée de conservation Avant ouverture : 3 ans. Après ouverture : d'un point de vue microbiologique, sachant que le produit est une solution pour perfusion, l'ouverture prévient tout risque de contamination bactérienne, une utilisation immédiate est recommandée. Si la solution n'est pas utilisée immédiatement, les durées et conditions de stockage en cours d'utilisation sont de la responsabilité de l'utilisateur. 5.4. Précautions particulières de conservation A conserver dans l'emballage extérieur (suremballage d'aluminium et boîte en carton) jusqu'au moment de l'utilisation afin de protéger de la lumière. 5.5. Nature et contenu de l'emballage extérieur Poches pour perfusion (Excel ou Freeflex) à usage unique, prêtes à l'emploi, en matériau dépourvu de latex, multicouches en polyéthylène, enveloppées dans un suremballage d'aluminium. La poche contient 300 ml de solution pour perfusion et est conditionnée dans une boîte en carton. Chaque poche contient 1", 2", 5, 10, 20 ou 25 poches pour perfusion. 5.6. Précautions particulières d'élimination et de manipulation Pour usage unique seulement. Retirer le suremballage d'aluminium seulement au moment de l'utilisation puis vérifier l'étanchéité en exerçant une pression sur les poches pendant une minute. En cas de fuites, ne pas utiliser les poches car ces dernières pourraient ne plus être stériles. La solution doit être inspectée visuellement avant utilisation et selon les solutions limpides, sans particules devront être utilisées. Ne pas utiliser les poches en série. Toute solution pour perfusion non utilisée doit être éliminée. Ne pas réutiliser de poches partiellement utilisées. ZYVOXID 2 mg/ml, solution pour perfusion, est compatible avec les solutions injectables suivantes : solution pour perfusion intraveineuse de glucose à 5 % ; solution pour perfusion intraveineuse de chlorure de sodium à 0,9 % ; solution injectable de Ringer-lactate (ou de Hartmann). 6. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ EN TUNISIE pfizer holding France - 23-25 AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE 75014 PARIS 7. NUMERO DE L'AMM EN TUNISIE 108030518. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE DANE LA PAYS TITULAIRE DE L'AMM 16/10/2013. CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE Liste I. Médicament soumis à prescription hospitalière. © : Marque déposée. MLC tirées des MLL V.02.07/2014

Pfizer Anti-Infectives

IV/Oral  
**ZYVOXID<sup>®</sup>**  
(linézolide)

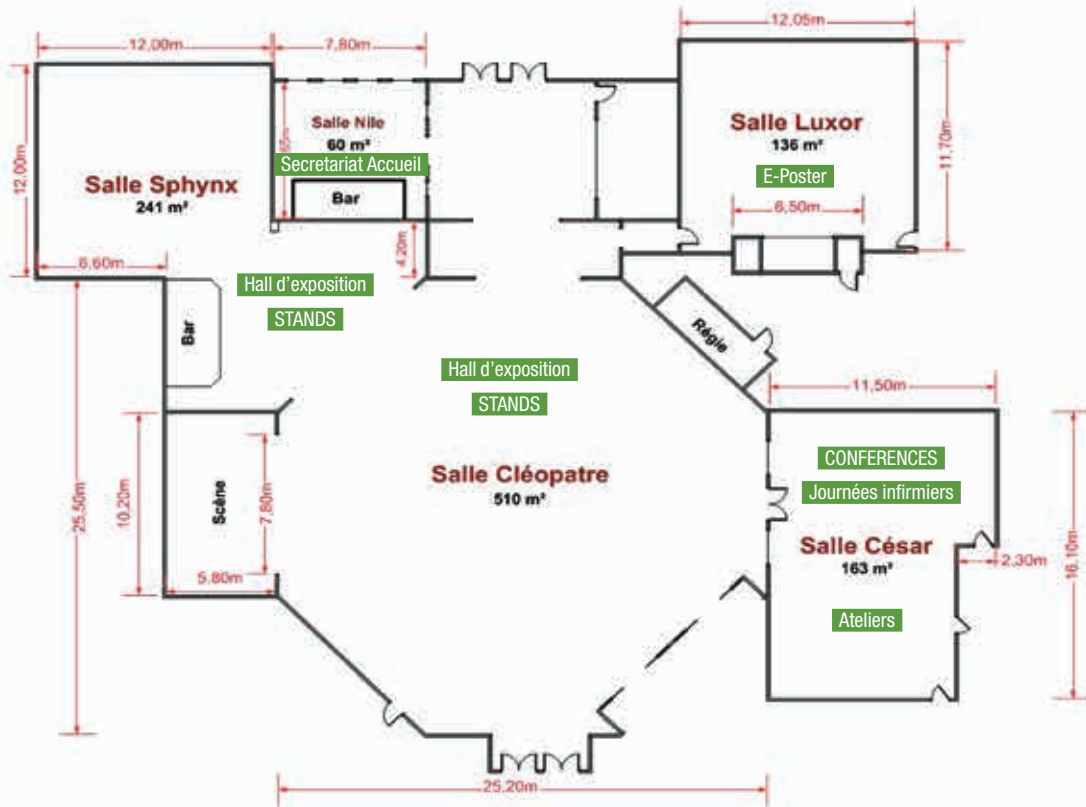
A CLEAR CHOICE FOR SUCCESS

## PLAN

- Plan du cahier 1
- Plan de la zone du congrès 2
- Informations 3
- Programme scientifique des médecins 5
- Session communications orales 7
- Posters électroniques 25



### 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 21 Novembre 2014 : 14h – 19h
- Samedi 22 Novembre 2014 : 08h – 19h
- Dimanche 23 Novembre 2014 : 08h – 12h

### BADGES :

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

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

### COMMUNICATIONS ORALES :

Deux sessions de communications orales sont prévues :

- Communications orales 1 :Thème divers
- Communications orales 2:Thème pathologie infectieuse

### POSTERS ELECTRONIQUES : e.posters

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

ATR		E-Poster 2014		
Date	Horaire	Poste	N°Poster	Thème
21/11	15h00	A	P1 – P15	Neurologie 1
		B	P22 – P34	Respiratoire
		C	P35 – P49	Hémodynamique 1
	18h30	A	P55 – P65	Infections Communautaires
		B	P98 – P108 et P109 – P116	Néphro Hépatogastro et Métabolique
		C	P142 – P152 et P168 – P169	Toxicologie
22/11	12h30	A	P66 – P81	Infections liées aux soins 1
		B	P82 – P97 et P167	Infections liées aux soins 2
		C	P126 – P141	Scoring et Pronostic
23/11	11h30	A	P117 – P125	Complications iatrogènes
		B	P16 – P21 et P50 – P54	Neurologie 2 et Hémodynamique 2
		C	P153 – P166	Autres

### PARTENAIRES (LISTE NON ENCORE DEFINITIVE)

BAXTER	COTUPHA	3M
MSD	UNIMED	PROCHIDIA
PFIZER	AGUETTANT	MEDICIS
GSK	MEDIS	INTERNATIONAL BIO SERVICE
CHEMINTER	ADHE-ELS	AIR LIQUIDE



# Kabiven®

## PeriKabiven®

créée pour les patients  
avec des besoins standards

### Kabiven®



VOIE VEINEUSE CENTRALE

EXISTE EN 2 VOLUMES

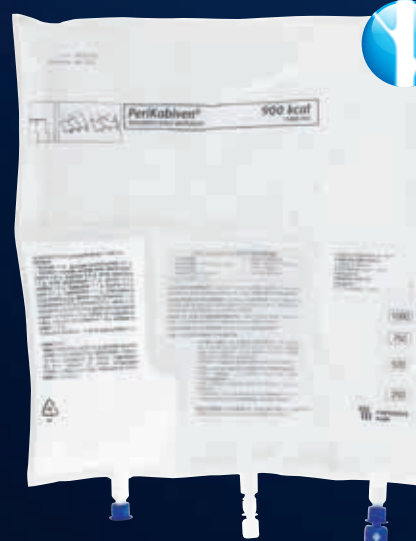
- ~2 000 ml — 1900 kcal totales
- ~2 500 ml 2300 kcal totales

DÉBIT DE PERFUSION

- max 2,6 ml/kg/h

AVEC ÉLECTROLYTES

### PeriKabiven®



VOIE VEINEUSE  
PÉRIPHÉRIQUE\*

EXISTE EN 2 VOLUMES

- ~1500 ml → 1000 kcal totales
- ~2000 ml → 1400 kcal totales

DÉBIT DE PERFUSION

- max 3,7 ml/kg/h

AVEC ÉLECTROLYTES

#### Fresenius Kabi France

Siège Social : 5, place du Marivel - 92310 SÈVRES - Tél : 01 41 14 26 00 - Fax : 01 41 14 26 01  
Pour toute information, contacter CHEMINTER TUNISIA DISTRIBUTION, Représentant officiel  
des laboratoires FRESENIUS KABI en Tunisie - Tél : 71 948 212 - Fax 71 948 273  
[www.fresenius-kabi.fr](http://www.fresenius-kabi.fr)



**FRESENIUS  
KABI**

caring for life\*

\*prendre soin de la vie

## Programme médecins

### VENDREDI 21/11/2014

- 15:00-16:00** **E. Posters.** (Salle Luxor)
- 16:00-17:30** **Insuffisance respiratoire aiguë.** (Salle Nefertiti)
1. Controverse : La place de la corticothérapie dans les décompensations aiguës des bronchopneumopathies obstructives et chroniques.
- Oui. .... BAHLOUL M (Sfax)
- Non. .... OUANES BESBES L (Monastir)
2. La place des statines dans la prise en charge des décompensations aiguës des bronchopneumopathies obstructives et chroniques. .... OUANES I (Monastir)
3. Le syndrome pneumo-rénal : Approche diagnostique et thérapeutique. .... JAMOUISSI A (Tunis)
- 17:30-18:00** **Pause-Café.**
- 18:00-18:45** **Communications orales – Thème pathologie infectieuse.** (Salle Nefertiti)
- 18:45-19:45** **Infections au virus Ebola et implications pour la réanimation.**
1. Infections au virus Ebola: Situation épidémiologique et plan de riposte en Tunisie... BOUAFIF Ben ALAYA N (ONMNE)
2. Infections au virus Ebola : Prévention et prise en charge. .... LAAMARI L (Tunis)
3. Infections au virus Ebola : Quel défi pour le réanimateur. .... EL GORD H (Bizerte)
- 18:45-19:45** **E. Posters.** (Salle Luxor)
- 20:30** **Diner (Hôtel Le Royal Hammamet)**

### SAMEDI 22/11/2014

- 08:30-10:30** **Troubles métaboliques – Nutrition** (Salle Nefertiti)
1. Le syndrome de «basse T3» : Quand faut-il y penser et quel impact pronostique ? ..... KHIARI K (Tunis)
2. Les hyperglycémies en réanimation : Faut-il faire un contrôle strict ? ..... MOKLINE A (Tunis)
3. La nutrition en réanimation : Alimentation à la carte selon le profil des patients. .... BRAHMI N (Tunis)
- 10:30-11:00** **Pause-Café.**
- 11:00-12:30** **Insuffisance cardiaque aiguë** (Salle Nefertiti)
1. Controverse : La place des diurétiques dans la prise en charge de l'œdème aigu du poumon hémodynamique.
- Oui. .... BORSALI FALFOUL N (Tunis)
- Non. .... EL ATROUS S (Mahdia)
2. La place des vasodilatateurs dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque aiguë. .... MEBAZAA A (Paris)
3. Gestion du traitement oral de l'insuffisance cardiaque à la sortie de réanimation. .... ZANNED F (Nancy)
- 12:30-13:30** **E. Posters.** (Salle Luxor)
- 13:30-15:00** **Déjeuner.**

## Programme médecins

15:00-17:30

### Sepsis et état de choc septique. (Salle Nefertiti)

1. Quelle est la place actuelle de l'albumine comme soluté de remplissage au cours de l'état de choc septique ? ..... *MONCHI M (Melun)*
2. L'atteinte microcirculatoire au cours de l'état de choc septique: diagnostic et traitement. .... *MONNET X (Paris)*.
3. Prévention des infections nosocomiales en réanimation. .... *EGGIMANN P (Lausanne)*
4. Cas Clinique. *TRIFI A (Tunis)*

17:30-18:00

### Pause-café.

18:00-19:30

### Les infections fongiques en réanimation. (Salle Nefertiti)

1. Etat des lieux des infections fongiques dans les services de Réanimation Tunisiens. .... *ABDELLATIF S (Tunis)*
2. Traitement empirique des infections fongiques en réanimation. .... *EGGIMANN P (Lausanne)*
3. Cas Clinique. .... *CHAARI A (Sfax)*

## DIMANCHE 23/11/2014

08:30-10:00

### Workshop

1. La ventilation au domicile. .... *BESBES-OUANES L (Monastir)*.
2. L'échocardiographie en réanimation..... *MONNET X (Paris) - CHAARI A (Sfax)*.
3. L'analyse critique des gaz du sang. .... *MONCHI (Paris) - MAJED K (Tunis)*

10:00-10:30

### Pause-Café.

10:30-12:30

### Communication orales. Thème : Divers – N = 12. (Salle Nefertiti)

12:30-13:30

### E-poster. (Salle Luxor)



SESSION  
**COMMUNICATIONS**  
**ORALES 1**

# Adulte

## INDICATIONS

### Besoins énergétiques normaux

- Troubles de la mastication ou de la déglutition
- Refus alimentaire
- Pré et post-opératoire

### Besoins protidiques accrus, hypercatabolisme

- Brûlés
- Traumatismes (crânien)
- Sepsis
- Post-opératoire de chirurgie lourde
- Cancer
- Escarres

NOUVELLE FORMULE

NUTRICIA  
**Nutrison**

- **Nutrison**
- **Multi Fibre**



pour 500 ml

kcal  
**515**

Protéines  
**20 g**

DHA-EPA  
**0.17g** (2)

Fibres  
**7,5 g**

p4

mf6

NUTRICIA  
**Nutrison**

- **Protein Plus Energy**



pour 500 ml

kcal  
**750**

Protéines  
**37,5 g**

DHA-EPA  
**0.26g** (2)

p4

### Besoins spécifiques : malabsorption

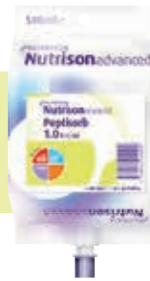
- Pancréatites
- Fistules digestives
- Maladie de Crohn
- Radiothérapie sur tube digestif
- Jéjunostomie
- Chylothorax
- Grêle court

### Besoins spécifiques : troubles de la glycémie

- Intolérance transitoire au glucose/hyperglycémie/insulino-résistance : stress, suite de chirurgie lourde, traumatisme sévère, AVC
- Diabète

NUTRICIA  
**Nutrison advanced**

- **Peptisorb**



pour 500 ml

kcal  
**500**

Protéines  
**20 g**

Peptides

Fibres  
**0 g**

ANTIOXYDANTS VEGETAUX (1)

NOUVEAU Disponible en 500 ml

NUTRICIA  
**Nutrison advanced**

- **Diason**



pour 500 ml

kcal  
**515**

Protéines  
**21,5 g**

LOW GI

Fibres  
**7,5 g**

mf6

(1) Caroténoïdes extraits de végétaux.

(2) EPA : acide éicosapentaénoïque ; DHA : acide docosahexaénoïque.

(3) Enrichi en Acides Gras Poly-Insaturés à Chaîne Longue (EPA, DHA, AA) et en Fructo-oligosaccharides / Galacto-oligosaccharides.

## CO1. HYPONATREMIE ET MORTALITE EN REANIMATION

Touil S\*, Talik I, Tilouche N, Ben sik ali H, Gharbi R, Fekih Hassen M, Elatrous S.

Hôpital Taher Sfar Mahdia: Service de réanimation médicale.

**Introduction :** L'hyponatrémie est un désordre hydro-électrolytique très fréquent en réanimation. Ses étiologies sont très variées et son imputabilité dans la mortalité en réanimation a été étudiée surtout en cas d'hyponatrémie sévère.

**Objectif :** Déterminer le taux mortalité des patients présentant une hyponatrémie à l'admission.

**Patients et méthodes :** C'est une étude rétrospective réalisée et étalée sur deux ans (2011 et 2012) dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Tahar Sfar de Mahdia. Tous les patients hospitalisés durant cette période et ayant une hyponatrémie à l'admission étaient inclus. Nous avons individualisé 3 groupes de patients selon la natrémie initiale : Groupe 1 :  $130 \text{ mmol/l} \leq \text{Natrémie} < 135 \text{ mmol/l}$ . Groupe 2 :  $125 \text{ mmol/l} \leq \text{Natrémie} < 130 \text{ mmol/l}$  et Groupe 3:  $\text{Natrémie} < 125 \text{ mmol/l}$ . Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques, les comorbidités, l'étiologie de l'hyponatrémie, le score de gravité (SAPSII) et la mortalité en réanimation.

**Résultat :** Quatre vingt patients d'âge moyen  $62 \pm 18$  ans et avec un SAPSII moyen de  $45 \pm 21$  étaient inclus dans cette étude. Les états de choc représentent 31% des motifs d'hospitalisation en réanimation. Une hyponatrémie de dilution était retrouvée dans 41% des cas. Les groupes 1, 2 et 3 représentent respectivement, 41%, 38% et 21% des cas d'hyponatrémie observées. L'hyponatrémie était symptomatique dans 12,5% des cas. La mortalité globale était de 30%. La mortalité chez les patients avec une hyponatrémie symptomatique était de 21% comparée à 10% chez les patients asymptomatiques, ( $p > 0,05$ ). Les caractéristiques démographiques, les comorbidités, les motifs d'hospitalisation étaient similaires entre les trois groupes. La durée de séjour était de  $13 \pm 11$  jours dans le groupe 1,  $13 \pm 13$  jours dans le groupe 2, et  $17 \pm 37$  dans le groupe 3, ( $p > 0,05$ ). La mortalité dans groupe 1, 2 et 3 était respectivement de : 43%; 36% et 54,5%, ( $p > 0,05$ ).

**Conclusion :** Dans cette étude, il paraît que le degré de profondeur de l'hyponatrémie n'a pas d'impact sur la mortalité ni sur la morbidité des patients admis en réanimation. Une étude à plus grande échelle pourrait affirmer ou infirmer ces constatations.

## CO2. L'APPORT INOPPORTUN DE SODIUM MEDICAMENTEUX EN REANIMATION.

F. Daly, M. Barghouth\*, S. Abdellatif, A. Trifi, K. Mahjoub, R. Nasri, M. Oueslati, R. Manai, S. Bellil, M. Bachrouch, S. Ben Lakhal.

Service de réanimation médicale CHU La Rabta.

**Introduction :** L'apport quotidien de sel (Na) en réanimation est essentiellement alimentaire et par les suppléments dans les perfusions. Il peut être occasionnellement médicamenteux. Plusieurs produits pharmaceutiques contiennent du sodium mais le plus souvent en quantité négligeable. Ces médicaments administrés à plusieurs reprises en 24 heures en réanimation, sont susceptibles d'apporter à l'organisme une quantité non négligeable de Na, voire devenir iatrogène dans certains cas. Le but de notre étude était de quantifier cet apport journalier, de répertorier les médicaments à haute teneur en Na, de sensibiliser le corps médical et de diminuer l'iatrogénie liée à cet apport sodé.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective observationnelle menée dans un service de réanimation médicale de 8 lits durant un mois. La préparation et l'administration de tous les produits pharmaceutiques, reçus par le patient pendant 24h, sont consignées sur une fiche préalablement préparée. L'apport Na est calculé et repartit en 3 sources d'apport : l'apport sodique médicamenteux (ASM), alimentaire et celui des solutés de perfusion. L'ASM comporte le Na du médicament proprement dit et celui des solutés de dilutions ou de reconstitutions. Les patients inclus sont divisés en deux groupes selon qu'ils nécessitent ou non un régime désodé (groupe RSS vs groupe RN, respectivement)

**Résultats :** 44 prescriptions ont été analysées durant la période de l'étude. 56 médicaments ont été inclus dont 40 sont administrés en intra-veineux (71,4%) et 16 par voie digestive (28,6%). Le nombre moyen de médicaments par prescription est 7,65. 15 prescriptions (34,1%) intéressent des malades du groupe RN et 29 (65,9%) du groupe RSS.

L'apport sodique moyen par jour et par patient est de 184,12 mmol (10,83 g/j) avec des extrêmes de 1,52 (0,09 g/j) et 428,24 mmol/j (25 g/j). Cet apport est plus important dans le groupe RN (201,4 mmol/j) que le groupe RSS (174.4 mmol/j).

La part relative de chaque source de sodium est représentée dans le tableau 1.

L'ASM représente 39,24% de l'apport sodique total (tableau 1). Il est de 72,25 mmol/j (4,25 g/j). Cet apport est plus important dans le groupe RSS que le groupe RN (73,5 mmol/j vs 57,6 mmol/j). L'apport sodique par le médicament proprement dit (tableau 1) représente 36,4% de l'ASM. 10 médicaments sont incriminés dans cet apport sodique (tableau 2) parmi les 56 médicaments reçus (17,85%).

L'apport sodique par les solutés de dilution des médicaments (tableau 1) représente 63,6% de l'ASM. 21 médicaments, parmi les 40 administrés en IV (52,5%), nécessitent une dilution avant d'être administrés.

Médicament (DCI)	Administration :	Na en mEq/unité	Na en mEq /jour
Kayexalate	PO	4,4/g	264
Fosfomicine	IVL	14,4 /g	172,8
Métronidazole	IVL	14/500mg	42
Piperacilline/Tazobactam	IVL	2,35/g	28,2
Furosémide	PSE	0,162/ml	23,32
Midazolam	PSE	0,14/ml	13,44 → 16,8
Imipeneme	IVL	1,6/500mg	9,6
Acyclovir	IVL	4,2/g	9,45
Amoxicilline/ac. clavulanique	IVL	3,1/g	9,3
Céfotaxime	IVL/PSE	2,2/g	6,6 → 44

DCI : Dénomination commune internationale ; IVL : Intraveineuse lente ; PSE : Pousse seringue électrique ; PO : Per os.

Sodium		Apport en mmol (%)
Médicamenteux	Médicament	1157,42 (14,29%)
	Soluté de médicament	2021,75 (24,95%)
	Total :	3179,57 (39,24%)
Non médicamenteux		4922,2 (60,76%)
TOTAL 8101,77		

**Conclusions :** L'apport sodique médicamenteux constitue une part considérable de l'apport sodique total (40%). La sensibilisation du personnel médical sur l'ampleur du problème constitue un des paliers pour lutter contre cet apport. Ceci doit être soutenu par des supports visuels faits de fiches de renseignement pour chaque produit utilisé renfermant les recommandations concernant la reconstitution, la dilution et la teneur en Na. Un bilan sodé quotidien devrait faire partie de la surveillance de l'équilibre hydrosodé de tous les patients hospitalisés en réanimation.

## C03. ETUDE COMPARATIVE DES SCORES DE GRAVITE A L'ADMISSION SAPS II ET SAPS III

Hammed. H; Chtara. K. Ammar. R; Baccouch N. ; Turki.O. ; Rgaig. K; Chaari, A; Bahloul.M.; Ben Hamida.Ch; Chelly H et Bouaziz M.

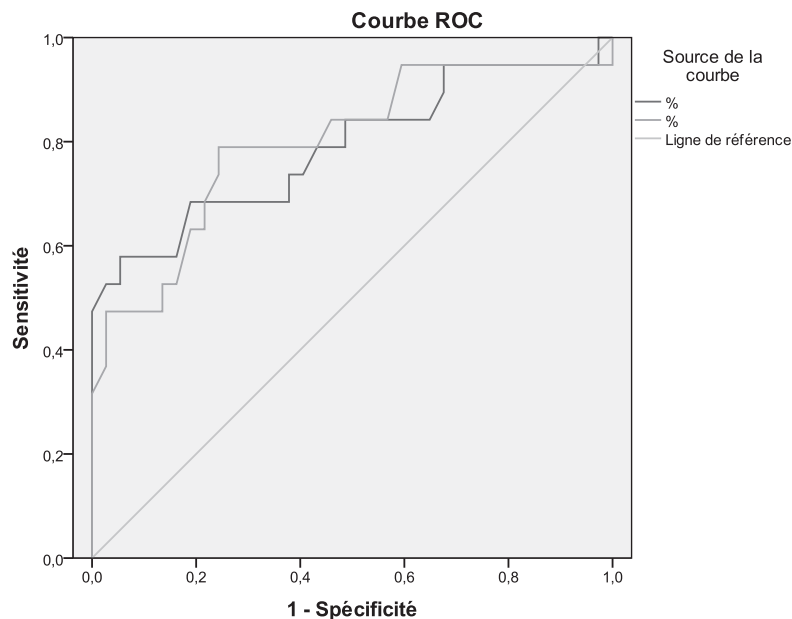
Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bouguiba Sfax

**Objectif :** évaluer et comparer les scores de gravité à l'admission SAPS II et SAPS III en réanimation

**Matériels et Méthodes :** C'est une étude prospective menée dans le service de réanimation polyvalente du CHU Habib Bourguiba à Sfax pendant la période entre 01 juillet 2014 et le 31 aout 2014. Nous avons recueillis les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et évolutives et nous avons calculé les scores de gravité à l'admission SAPS II et le SAPS III de tous les patients hospitalisés plus que 24 heures.

**Résultats :** Pendant ces deux mois, soixante patients parmi 132 étaient hospitalisés plus que 24 heures. Le sexe ratio était de 3, l'âge moyen était de 41 ans avec des extrêmes entre 4 et 80 ans. Le principal motif d'admission était un polytraumatisme avec un taux de 63,3 %. La durée moyenne de séjour en réanimation étaient de 11 jours +/- 9 jours. La mortalité hospitalière était de 31,7 %. Le score SAPS II était significativement prédictif de la mortalité ( $p < 0,01$ ) chez les décédés que chez les survivants avec des médianes respectives 47 [32 – 63] et 26 [20 – 39]. De plus, un SAPS II à 34 points avait une sensibilité à 73 % et une spécificité à 65 % (AUC = 0,8). La mortalité prédite de SAPS II a été significativement supérieures ( $p < 0,01$ ) chez les décédés que chez les survivants avec des médianes respectives de 37 [12,8 – 67] et 7,2 [4,2 -23]. Le score SAPS III était significativement prédictif de mortalité chez les décédés que chez les survivants ( $p < 0,01$ ) avec une médiane 68 [57 – 80] et 49 [40-58] respectivement.. De plus, un SAPS III à 56 points était prédictif de mortalité avec une sensibilité 70 % et une spécificité 64 % (AUC=0,7). La mortalité prédite de SAPS III était significativement plus importante chez les décédés que chez les survivants avec des médianes respectives 46 [30-74] et 16 [6-32] ( $p < 0,01$ ).

**Conclusion :** Le SAPS II et le SAPS III prédisent significativement la mortalité. Leurs mortalités prédites sont plus élevées chez dans le groupe des décédés.



Les segments diagonaux sont générés par des liaisons.

## **C04. ANALYSE DES PARAMETRES D'ÉVALUATION DE LA GRAVITE D'UN ETAT DE CHOC A PROPOS DE 100 CAS : PROPOSITION D'UN NOUVEAU SCORE**

I. Chouchene (\*); R. Bouneb (\*); A. A.kheder (\*); M.Kalfa(\*); S. Bouchoucha (\*).

<sup>1</sup>Réanimation médicale, C HU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

**Introduction :** Les insuffisances circulatoires aiguës, l'une des défaillances vitales les plus fréquentes et les plus graves en soins intensifs, ne disposent pas encore d'échelle de gravité validée, permettant notamment de monitorer leur évolution sous traitement ou prédire leur pronostic. Le présent travail propose un score de gravité clinique susceptible de répondre à ces objectifs. Ses performances sont comparées à celles d'autres scores, globaux (SAPSII) ou spécifiques (shock index et Advanced Trauma Life Support : ATLS) et à la lactacidémie.

**Patients et méthodes :** L'étude de type prospectif est menée par un enquêteur unique au niveau de 5 services d'urgences et de réanimation du centre du pays (Réanimations médicales CHU Farhat Hached Sousse et CHU Kairouan, Urgences des CHU Farhat Hached et Sahloul à Sousse, et F. Bourguiba à Monastir) durant une période de 16 mois (Aout 2012- Novembre 2013). 100 patients en état de choc ont ainsi été recrutés durant cette période ; chez chacun d'eux, ont été relevés les paramètres démographiques, les comorbidités, le mécanisme, l'étiologie et l'évolution de l'état de choc (Survie et décès). Ont été de même calculés de manière simultanée chez tous les patients, le SAPSII, le nouveau Score (tableau I) et le shock index. Chez 20 parmi les 100 patients a été également calculé l'ATLS et mesuré la lactacidémie. L'apport de chacun des indicateurs (nouveau score, SAPSII, shock index, ATLS et la lactacidémie) à prédire le décès des patients, ont été évaluées et comparées par courbe de ROC et la concordance inter-observateurs (stagiaires internes, résidents et séniors) évaluée par le test kappa ( $p < 0.05$ )

**Résultats :** Le tableau II compare l'aire sous la courbe ROC obtenu pour chaque indicateur et le tableau III, le test Kappa pour le nouveau score et l'ATLS. Le score proposé révèle une meilleure aptitude à prédire le décès des patients que les autres scores spécifiques (shock index et ATLS). Ses performances sont comparables à celles du SAPS II et de la lactacidémie mais ont l'avantage d'une évaluation strictement clinique et accessible à tous les niveaux de compétences permettant de manière rapide et aisée non seulement de monitorer l'évolution de l'état de choc mais d'en faire également le diagnostic précoce.

Grades	Pression artérielle	Peau	Signes Neurologiques
Grade I	Normale ou élevée	Froideur +	Angoisse
Grade II	Diminuée+	Froideur ++	Agitation
Grade III	Diminuée++	Marbrures	Troubles de la conscience
Grade IV Arrêt cardio-circulatoire			

Scores	Aire ROC	Cut off	Sensibilité	Spécificité
Nouveau score	0.846	-	-	-
ATLS	0.64	-	-	-
shock index	0.79	1.47	87%	67%
SAPS II 0.843 50 85%				75%
Lactacidémie	0.85	3.9	81%	89%

Kappa	Interne	Résident
Nouveau score: Sénior	0.82	0.89
Score ATLS: Sénior	0.77	0.68
p<0.05		

**Conclusion :** Le nouveau score clinique d'évaluation de la gravité des états de choc présente des avantages indéniables (simplicité, rapidité,...) par rapport aux autres indicateurs utilisés et mérite une validation à plus large échelle.

## C05. FACTEURS LIÉS À L'ÉCHEC PRÉCOCE DE LA VENTILATION NON INVASIVE DANS LES EXACÉRBACTIONS AIGUES DES BPCO

R.Bouneb, J.Baroudi\*, K.Meddeb, A.Boukadida, J. Ayachi, A.Kedher, I. Chouchène, M.Bousarsar.

Service de réanimation médicale, CHU F. Hached Sousse – Tunisie

**Introduction :** Aujourd'hui, la ventilation non invasive (VNI) est considérée comme le traitement de référence de l'insuffisance respiratoire aiguë hypercapniques chez le patient BPCO, mais la VNI peut échouer chez environ 38% des patients. Les patients BPCO en échec de VNI ont un pronostic particulièrement sévère, il convient de ne pas retarder la décision de l'intubation chez ces patients mais les modalités optimales pour définir le succès ou l'échec de la VNI restent à être définies. L'objectif est de déterminer les facteurs associés à l'échec de la VNI dans les EABPCO.

**Patients et Méthodes :** Etude rétrospective de janvier à Mai 2014 dans le service de réanimation. Soixante-un patients BPCO en exacerbation sont traités par VNI précoce (<24h). L'échec de la VNI est défini comme le recours à l'intubation trachéale.

**Résultats :** Les principales caractéristiques des patients sont résumés dans le tableau suivant :

	Echec VNI (n=36)	Pas d'échec (n=25)	p
Age (ans) moy±DS	69 ±10	66±12	0,57
Sexe, femme (%), H/F	7(19,4%),29/7	8 (32%),17/8	0,032*
Apache II moy±DS	21±6	18±4	0,033*
BMI, kg/m2 moy±DS	29±8	27±6	0,32
Comorbidités n(%) associés			
BPCO	21(58%)	12(48%)	0,54
BPCO+SAS	1(3%)	1(4%)	0,70
BPCO+Diabète	2(5,8%)	2(8%)	0,34
BPCO+HTA	4(11%)	5(20%)	0,06
BPCO+HTA+Diabète	3(8,3%)	4(16%)	0,04*
BPCO+Coronarien	5(14%)	1(4%)	0,039*
Ventilation à domicile n, (%)	6(16%)	6(24%)	0,04*
Cause de décompensation			
Trachéo-bronchite	18(50%)	3(52%)	0,88
IVG	14(39%)	10(40%)	0,88
PAC	4(11,1%)	1(4%)	0,027*
Embolie pulmonaire	0	1(4%)	
pH1 admission	7,28±0,09	7,32±0,08	0,09*
PaCO2 admission (mmHg)	65±21	61±21	0,41
PaCO2 après VNI (mmHg)	68±22	54±11	0,02*

Le taux d'échec global, défini par la nécessité d'intuber le patient, était en moyenne de 60%. Les facteurs prédictifs d'échec de la VNI étaient le sexe masculin ( $p=0,032$ ), l'association au BPCO de deux facteurs de risque cardio-vasculaire (hypertension artérielle et diabète) ( $p=0,04$ ) ou de cardiopathie ischémique ( $p=0,039$ ), la sévérité à l'admission APACHE II ( $p=0,03$ ), une pneumonie comme facteur de décompensation ( $p=0,02$ ), le pH initial à l'admission  $\leq 7,28$  ( $p=0,09$ ), une capnie après VNI  $\geq 68\text{mmHg}$  ( $p=0,02$ ). En revanche et de façon surprenante, une ventilation à domicile était un facteur protecteur ( $p=0,04$ ). Comme dans les précédentes enquêtes, la mortalité des patients en échec de la VNI et donc intubés était supérieure à celle des patients qui n'étaient pas intubés avec un taux de survie à J30 de 82% dans le groupe succès VNI.

**Conclusion :** La ventilation à domicile semble être dans notre étude un facteur prédictif de succès de VNI dans les exacerbations aiguës de BPCO.

## C06. DECOMPENSATIONS AIGUËS DES BPCO: FACTEURS DE DECOMPENSATION ET IMPACT SUR LE PRONOSTIC.

Ben Mansour A\*, Jamoussi A, Belkhouja K, Merhebene T, Ben Romdhane K, Ben Khelil J, Besbes M.

Réanimation respiratoire, Hôpital A. MAMI, Ariana, TUNIS.

**Introduction :** Les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) représentent un problème de santé publique, source de morbi-mortalité importante. Les décompensations aiguës déclenchées par un événement intercurrent aggravent le cours évolutif de ces maladies. La détermination du facteur déclenchant est une étape cruciale de la prise en charge.

**Objectifs :** Déterminer les différentes causes de décompensations aiguës des BPCO admises en réanimation et leur retentissement sur le pronostic.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective incluant les patients BPCO hospitalisés en réanimation, entre janvier 2013 et mars 2014, pour décompensation aiguë. Ont été relevées les données démographiques, cliniques, para-cliniques et évolutives.

Les facteurs déclenchant ont été classés en 3 groupes :

- 1. Causes infectieuses : pneumonie ou bronchite aiguë
- 2. Causes non infectieuses : embolie pulmonaire, IVG ou pneumothorax
- 3. Pas de causes : enquête étiologique négative

Nous avons procédé à une comparaison de la gravité et du pronostic de chaque groupe par rapport au reste de la population. Une analyse multivariée a ensuite été conduite afin de rechercher les facteurs indépendants prédictifs de mortalité.

**Résultats :** Durant les 14 mois de l'étude, 132 malades ont été inclus. La moyenne d'âge était de  $64,4 \pm 10,2$  ans avec un sex-ratio de 5,3. A l'état de base, 78 patients (59,1%) avaient un CPC et 45 malades (34,1%) étaient sous oxygénothérapie de longue durée. A l'admission, la moyenne de l'IGS II était de  $25,1 \pm 10,9$  et celle de l'APACHE II de  $17,41 \pm 6$ . Un score de l'EPR  $\geq 2$  était présent chez 73,5 % des malades. Tous les patients étaient en acidose respiratoire à l'admission avec une  $\text{PaCO}_2 = 92,1 \pm 33,4$  mm Hg; un  $\text{pH} = 7,26 \pm 0,11$  et un rapport  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 204,6 \pm 85,4$  mm Hg.

Le recours à la ventilation mécanique à l'admission était nécessaire chez 117 patients (88,6%). Celle-ci était non invasive chez 98 malades (74,2%) avec un taux d'échec de la VNI de 34,1%. Le tableau n° 1 illustre les différentes causes de décompensation et leur impact sur le pronostic.

Quatre facteurs prédictifs indépendants de mortalité ont été identifiés et sont illustrés dans le tableau n° 2.

Cause de décompensation	n (%)	Complications	Mortalité
Infectieuse n (%)	80 (60,6)	28 (62,2)	20 (45,4)
Pneumonie n (%)	37 (28)	19 (51,4)*	15 (40,5)
Bronchite aiguë n (%)	43 (32,6)	9 (20,9)*	5 (11,6)*
Non infectieuse n (%)	28 (21,2)	8 (28,5)	9 (32,1)
Pas de cause n (%)	24 (18,2)	9 (37,5)	15 (62,5)*

variable	Odds ratio	IC 95 %	p
Complications	18,33	[5,49 – 61,18]	0,001
Bronchite aiguë	0,18	[0,04 – 0,75]	0,019
EPR $\geq 3$	3,79	[1,10 – 13,02]	0,034
Pas de cause	7,65	[1,87 – 31,39]	0,005

**Conclusions :** L'étiologie infectieuse reste la cause la plus fréquente de décompensation aiguë de la BPCO. L'absence de cause retenue est un facteur de risque indépendant de mortalité alors que la bronchite aiguë est un facteur protecteur.

## **C07. LA CORTICOTHERAPIE AMELIORE T – ELLE LA MORTALITE DU SDRA MODERE A SEVERE ?**

Yacoubi S\*, Ben sikali H, Rejeb J, Fkih F, Gharbi R, Fekih Hassen M, Elatrous S.

*Hôpital Taher Sfar Mahdia: service de réanimation médicale.*

**Introduction :** Le SDRA est une pathologie fréquente en réanimation. Une corticothérapie peut être indiquée en cas d'association avec un choc septique ou dans la phase fibrino-proliférative du SDRA. Sa mortalité demeure élevée. Objectifs : Déterminer l'impact d'une corticothérapie chez les patients en SDRA modéré à sévère sur la morbidité et la mortalité.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale de l'EPS Taher Sfar de Mahdia durant une période de 8 ans (1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 Mars 2013). Nous avons inclus tous les patients hospitalisés pour un SDRA modéré à sévère ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ ) et ayant bénéficiés d'une corticothérapie systémique. Les paramètres analysés étaient : les caractères démographiques, les co-morbidités, le score de gravité (SAPS II), nature de SDRA (communautaire ou nosocomiale) et son étiologie, les caractéristiques cliniques, radiologiques et biologiques des patients, le traitement ventilatoire et adjuvant de SDRA, la réponse au traitement corticoïde définis un rapport  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  supérieur à 250, les effets secondaires de la corticothérapie, la durée de ventilation, la durée de séjour mécanique et la mortalité.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, 52 patients (âge moyen  $54 \pm 19$  ans, prédominance masculine (sex-ratio = 1,16) et un SAPS II moyen  $45,3 \pm 19$ ) étaient inclus. Le diagnostic de SDRA a été posé à l'admission pour 42 patients (81% des cas), et au cours du séjour pour 109 patients. La pneumopathie infectieuse était l'étiologie la plus fréquente (dans 94%). Dans le groupe des patients avec état de choc (43 patient), 50% avaient répondu à la corticothérapie substitutive en moyenne après  $3 \pm 5$  jours et un sevrage des amines vasoactives en moyenne après  $3 \pm 2$  jours. La durée de ventilation mécanique était de  $9 \pm 6$  j en cas de réponse positive et  $16 \pm 13$  j en cas de réponse négative ( $p = 0,002$ ). La durée de séjours était significativement moins élevée en cas de réponse positive ( $11 \pm 12$  vs  $20 \pm 18$  j,  $p = 0,001$ ). La mortalité était significativement diminuée en cas de réponse à la corticothérapie (23% vs 100%,  $p < 10^{-3}$ ). Dans le groupe des patients en SDRA sans état de choc 8 patients (89%) avaient répondu à la corticothérapie selon le protocole de Meduri. La mortalité, la durée de VM, la durée de séjours étaient significativement améliorées en cas de bonne réponse à la corticothérapie.

**Conclusion :** La bonne réponse à la corticothérapie améliore la morbi-mortalité des patients en SDRA modéré à sévère.

## **C08. IMPACT DE L'INTUBATION SECONDAIRE LORS DU SÉJOUR EN RÉANIMATION SUR LE PRONOSTIC DES PATIENTS.**

Ouanes I, Jabla R<sup>(1)</sup>, Boujelbene N<sup>(1)</sup>, Ouanes-Besbes L<sup>(1)</sup>, Philippart F<sup>(2)</sup>, Dachraoui F<sup>(1)</sup>, Marzouk M<sup>(1)</sup>, Bouzgarrou R<sup>(1)</sup>, Dghim M<sup>(1)</sup>, Ghezaiel H<sup>(1)</sup>, Bouriga MA<sup>(1)</sup>, Boussadia M<sup>(1)</sup>, Ben Abdallah S<sup>(1)</sup>, Misset B<sup>(2)</sup>, Abroug F<sup>(1)</sup>.

<sup>1</sup> Service de Réanimation Polyvalente CHU Monastir, Tunisie.

<sup>2</sup> Service de Réanimation Polyvalente. Groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France.

**Introduction :** L'intubation et la ventilation mécanique (VM) lors du séjour en réanimation d'un patient initialement non ventilé témoigne habituellement d'une aggravation du patient, l'intubation et la ré-intubation en réanimation peuvent être associées à une augmentation de la mortalité. L'objectif de cette étude est de déterminer l'impact de l'intubation secondaire dans un service de réanimation sur le pronostic des patients.

**Patients et méthodes :** Durant la période de l'étude (Juillet 2010 - Aout 2012) les patients adultes intubés au cours de leur séjour en réanimation ont fait l'objet de l'étude prospective de cohorte (TOPCUFF), nous avons comparé ces malades avec le groupe de patients ayant été intubé le jour même ou avant l'admission en réanimation, les données de ce dernier groupe ont été analysées rétrospectivement à partir d'une base de données avec recueil prospectif. Nous n'avons pas inclus les patients admis pour intoxication aiguë et ceux admis dans les suites d'un arrêt cardio-respiratoire. Statistiques : Une analyse multivariée par régression logistique avec ajustement sur la gravité à l'intubation a été réalisée pour identifier les variables associées à la mortalité en réanimation.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, 612 patients ont été admis dans notre service, 253 patients (41,3%) ont été intubés et ventilés à un moment donné de leur séjour. Après l'exclusion de 75 patients pour des raisons diverses (intoxications, admissions dans les suites d'un ACR, données manquantes...), 178 patients ont été inclus dans cette étude, 83 parmi eux ont été intubés avant ou lors de l'admission en réanimation (intubation initiale) et 95 ont été intubés en réanimation (intubation secondaire) avec un délai moyen d'intubation de 3,14 jours. Le tableau I compare les deux groupes de patients, on note que les patients intubés initialement étaient plus graves à



l'admission, alors que le score SOFA au moment de l'intubation était comparable entre les deux groupes, témoignant d'une probable aggravation secondaire. La survenue de PAVM était plus fréquente chez les patients intubés pendant le séjour en réanimation.

En analyse multivariée, les paramètres indépendamment associés à la mortalité en réanimation étaient : le score de SAPS II (OR=1,063; IC 95% :1,030-1,097), l'intubation secondaire (OR=2,452; IC 95% :1,074-5,598), la survenue de PAVM (OR=2,926 ; IC 95% : 1,206-7,099) et la durée de VM (OR= 1,078 ; IC 95% : 1,006-1,157).

	Intubation initiale (n=83)	Intubation secondaire (n=95)	p
Age, méd (IQR)	58 (39)	63 (27)	0,025
Sexe (H/F)	58/25	67/28	1,000
SAPS II à l'admission, méd (IQR)	40 (19)	34 (14)	0,002
SOFA à l'intubation méd (IQR)	6 (5)	6 (4)	0,773
Motif intubation n (%)			0,148
- Hypoxémie	25 (30,1)	31 (32,6)	
- Hypoventilation alvéolaire	27 (32,5)	40 (42,1)	
- Autres	31 (37,4)	24 (25,3)	
PAVM, n (%)	7 (8,4%)	38 (40%)	< 0,001
Durée de VM, méd (IQR)	6 (5)	5 (5)	0,091
Durée du séjour en réanimation, méd (IQR)	9 (9)	15 (16)	0,037
Mortalité, n(%)	33 (39,8%)	50 (52,6%)	0,099

**Conclusion :** Notre étude suggère que l'intubation secondaire en réanimation est associée à une fréquence élevée de PAVM et à une surmortalité en réanimation, la gravité à l'admission, la survenue de PAVM et la durée de VM sont également des facteurs associés à la mortalité en réanimation dans cette population.

## **C09. LA SCVO2 AU COURS DE L'INSUFFISANCE CIRCULATOIRE AIGUE A L'ADMISSION EN REANIMATION MEDICALE : PREVALENCE ET RELATION AVEC LA MORTALITE.**

Jaoued O\*, Ben sik ali H, Mateur H, Tilouche N, Gharbi R, Fekih Hassen M, Elatrous S.

Hôpital Taher Sfar Mahdia: Service de réanimation médicale

**Introduction:** Une ScvO<sub>2</sub> >70% fait partie des objectifs thérapeutiques de Early-Goal Directed Therapy, dont l'efficacité sur la mortalité des patients en état de choc septique a été démontré par REVERSE en 2001. La validité de ce protocole a été critiqué par de nombreux auteurs du fait qu'une ScvO<sub>2</sub> basse était une situation peu fréquente en réanimation médicale. Objectifs : L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence d'une ScvO<sub>2</sub> <70% à l'admission chez les patients en réanimation en état de choc et d'évaluer l'impact de ScvO<sub>2</sub> basse sur la mortalité en réanimation.

**Matériels et méthodes :** C'est une étude observationnelle réalisée au service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia sur une période allant de janvier 2012 au Juin 2014. Tous les patients hospitalisés pour état de choc et ayant eu une mesure de la ScvO<sub>2</sub> étaient inclus dans cette étude. Les paramètres recueillis : étaient les caractéristiques démographiques, le score de gravité SAPSII, les co-morbidités, le mécanisme de l'état de choc, la ScvO<sub>2</sub> à l'admission, le taux de lactate, le recours à une ventilation mécanique, le type de drogues vasoactives, la durée de ventilation mécanique, la durée de séjour et la mortalité.

**Résultats :** Durant la période de l'étude 85 patients (âge moyen 63±17 ans, sexe ratio : 1,125 et avec un SAPSII moyen 51±18) étaient inclus. Le choc septique était le motif d'hospitalisation le plus fréquent en réanimation (65% des cas). La lactatémie moyenne était de 3±2mmol/l. Cinquante neuf patients (69,4%) avaient une ScvO<sub>2</sub> basse (inférieure à 70%). La mortalité était de 54% dans le groupe ScvO<sub>2</sub> <70% et 38,5% en cas de ScvO<sub>2</sub> ≥ à 70% (p=0,18). La durée de la ventilation mécanique, la durée de drogues vasoactives étaient similaires entre les patients avec et sans ScvO<sub>2</sub> <70%.

**Conclusion :** Une ScvO<sub>2</sub> basse est une situation fréquente en cas d'état de choc. Il y'a une augmentation de 15.5% de la mortalité en cas de ScvO<sub>2</sub> basse.

## C10. L'HYPERPRESSION INTRA-ABDOMINALE CHEZ LE BRULÉ EN RÉANIMATION

I. Rahmani\*; A. Mokline; L. Gharsallah; R. Hammouda; S. Tlaili; A. Hachani; B. Gasri; AA. Messadi

Réanimation des Brûlés. Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés

**Introduction :** L'hypertension intra-abdominale (HIA) est une entité clinique fréquente en milieu de réanimation. Elle est associée à une morbi-mortalité élevée.

**Objectif :** Evaluer la prévalence de l'HIA, les facteurs de risque et les défaillances d'organes qui en découlent lors de la ressuscitation initiale du grand brûlé.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective réalisée au service de réanimations de brûlés à Tunis sur une durée de 8 mois (Avril – Novembre 2013). Les malades dont l'âge  $\geq 18$  ans et ayant une surface brûlée  $\geq 20\%$  ont été inclus. La mesure de la pression intra-abdominale (PIA) a été réalisée chaque fois qu'une HIA est suspectée selon la méthode de Kron, via la sonde de Foley. Le monitoring de la PIA a été effectué toutes les six heures sur une durée moyenne de 5 jours jusqu'à normalisation.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 212 malades ont été admis. 20 malades ont répondu aux critères d'inclusion. L'âge moyen était de  $36 \pm 13$  ans, avec un sex-ratio de 2,8. La surface cutanée brûlée moyenne est de  $44 \pm 17\%$ , l'unité de brûlure standard est de 105. L'hyperpression intra abdominale (HIA) a été notée dans 13 cas (soit une prévalence de 6%) dont 5 ont évolué vers le syndrome compartimental (SCA). Elle a été notée dans 69% des cas chez les patients transférés secondairement en moyenne à 1,6 jour post brûlure. La survenue d'une HIA a eu lieu essentiellement entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> jour de la ressuscitation initiale de brûlé, respectivement dans 52 % et 63% des cas. Les signes cliniques qui ont motivé le monitoring de la PIA ont été : l'oligurie dans 42% des cas, la distension abdominale dans 31.5% des cas et les troubles digestifs dans 21% des cas. La PIA était de  $16 \pm 7$  mmHg le jour de diagnostic de l'HIA. L'étude comparative des 2 groupes de malades : G1 (HIA+ ; n= 13) et G2 (HIA- ; n=6)

	G1 (HIA+) N= 13	G2 (HIA-) N=6	p
Age (ans)	$34 \pm 12$	$40 \pm 15$	NS
SCB (%)	$49 \pm 18$	$35 \pm 11$	0,08
Gain pondéral (5 j) en kg	7.6	1.9	0,04
Quantité de liquide (5j) en ml	$10150 \pm 3700$	$5000 \pm 2800$	0.06
Durée de séjour ( j )	$16.69 \pm 15$	$17.87 \pm 7$	NS
Ventilation mécanique (n)	10	2	0,06
Is rénale (n, %)	8 (61.5%)	5 (83%)	NS
Etat de choc (n, %)	9 (69.2%)	1 (16.7)	0,02
SDRA (n, %)	9 (69.2%)	1 (16.7)	0,02
Mortalité (n, %)	8 (61.5%)	3 (50%)	NS

**Conclusion :** L'HIA chez le brûlé grave est fréquente avec une prévalence de 6%. Sa survenue est corrélée à l'étendue des brûlures et à l'hyperinflation hydrique lors de la ressuscitation initiale du brûlé, essentiellement ceux transférés secondairement.

## C11. INDICATIONS ET UTILITE DE LA PONCTION LOMBAIRE AUX URGENCES DANS LES SUSPICIONS DE MENINGITE

Kamel Majed, khedija zaouche, Asma Chargui, Neila Meghaieth, Hamouda Chokri, Nebiha Borsali Falfoul.

Service des urgences la Rabta

**Introduction :** La ponction lombaire est un geste de pratique courante aux urgences en particulier dans les suspicions de méningite. Cependant, c'est un geste invasif qui peut être grevé d'une forte morbidité, ce qui impose la connaissance des bonnes indications afin d'en limiter la pratique. Dans cette étude nous avons étudié la valeur diagnostique des signes fonctionnels et des signes physiques des malades des urgences dans le diagnostic des méningites.

**Méthodes :** Etude rétrospective descriptive colligeant les malades ayant bénéficié d'une ponction lombaire aux urgences la Rabta pour suspicion de méningite et de du mois d'octobre 2003 à Septembre 2007. Nous avons étudié la sensibilité, la spécificité, les valeurs prédictives positives et négatives des signes cliniques dans le diagnostic de méningite.

**Résultats :** Nous avons colligé 163 cas. L'âge moyen était de 43ans, le sex-ratio de 1,32. 65,6% des malades avaient consulté pour céphalées. La fièvre a été retrouvée dans 97,5% des cas. 19 malades avaient un score de Glasgow inférieur à 15/15 dont douze avaient un état de mal convulsif. La ponction lombaire nous a permis de poser le diagnostic de méningite dans 70 cas. Nous avons divisé notre population en deux groupes G1 dans lequel la ponction lombaire était négative, et G2 (70 malades) chez qui le diagnostic de méningite a été retenu. Dans le G2, l'aspect du LCR était clair dans 41 cas (59%) et la pléiocytose était à prédominance neutrophile dans 37 cas (40%). Les céphalées étaient décrites par 74,8% des malades du G2 et avaient une sensibilité dans le diagnostic de méningite de 72,9% avec une spécificité de 39,8%. Associé à la fièvre, les céphalées avaient une sensibilité de 78,1% et une spécificité de 43% avec une valeur prédictive négative de 74,03%. Le signe de Brudzinski avait la meilleure spécificité (96,5%) parmi les signes physiques d'irritation méningée. La triade céphalées, fièvre et raideur de la nuque avait une sensibilité de 54,69% et une spécificité de 71,2% avec un coefficient de Yules  $Q=0,53$ .

**Conclusion :** La triade céphalées, fièvre et raideur de la nuque a une bonne spécificité dans le diagnostic des méningites mais aucun élément pris isolément n'a de valeur diagnostique certaine.

## **C12. LE SYNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN MILIEU DE RÉANIMATION : EPIDÉMIOLOGIE ET FACTEURS PRONOSTIQUES : ETUDE RÉTROSPECTIVE DE 30 CAS**

Kais Regaieg, Anis Chaari, Rania Ammar, Olfa Turki, Najeh Baccouche, Kmar Mnif, Hedia Hamed, Mabrouk Bahloul, Mounir Bouaziz.

*Service de réanimation polyvalente – CHU Habib Bourguiba – Sfax.*

**Introduction :** Plusieurs complications liées au syndrome de Guillain-Barré (SGB) peuvent amener à l'admission en réanimation (insuffisance respiratoire aiguë, troubles neurovégétatifs...). L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques cliniques et paracliniques des patients ayant un SGB nécessitant l'admission en réanimation et d'identifier les facteurs prédictifs de mauvais pronostic chez ce groupe de patient.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective menée sur une période de 8 ans. Tous les patients ayant un SGB confirmé par un électromyogramme ont été inclus. Les variables qualitatives ont été exprimées en fréquences et pourcentage alors que les variables quantitatives ont été exprimées en médiane [quartiles]. Deux groupes ont été comparés en analyse univariée : les survivants et les décédés. Une analyse multivariée a été effectuée pour identifier les facteurs indépendants prédictifs de mauvais pronostic. Nous avons ainsi calculés les Odds ratios avec un intervalle de confiance de 95 %. Un  $p < 0.05$  a été considéré comme étant significatif.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 30 patients ont été admis pour SGB. L'âge médian a été de 42.5 [26.3-59] ans. Le sex-ratio (M/F) a été de 0.6. Les principales indications à l'admission en réanimation étaient l'insuffisance respiratoire aiguë (86.7 %), l'état de choc (10 %) et les troubles de la conscience (13.3 %). Le score SAPSII médian a été de 33.5 [29.5-39] points. Le score SOFA médian a été de 3 [2-5] points. Le score SAPSIII médian a été de 52 [50.3-56.5] points. Le déficit moteur était présent chez tous les patients. Un déficit sensitif associé a été observé dans 76.7 % des cas. Une anomalie de l'oculomotricité a été observée dans 6.7 % des cas. Des troubles neurovégétatifs ont été retrouvés chez un seul patient (3.3 %). Une dissociation albumino-cytologique a été observée dans 76.7 % des cas. L'étude électromyographique a identifié une atteinte axonale dans 36.7 % des cas. La ventilation mécanique a été indiquée chez 18 patients (60 %) pendant une durée médiane de 19 [8-31] jours. La ventilation non invasive a été tentée sans succès chez 2 patients (6.7 %). Une trachéotomie a été réalisée chez 9 patients (50 % des patients ventilés). Les échanges plasmatiques ont été effectués chez 21 patients (70 %) alors que les immunoglobulines ont été administrées chez 6 patients (20 %). Le séjour en réanimation a été compliqué d'une pneumonie nosocomiale chez 13 patients (43.3 %) et d'une embolie pulmonaire chez 2 patients (6.7 %). La durée médiane de séjour en réanimation a été de 11.5 [4,8-21.8] jours. La mortalité en réanimation a été de 36.7 %.

En analyse multivariée, seule la survenue d'une pneumonie nosocomiale était associée à un mauvais pronostic (OR = 44.6 ; IC95% [3.5-560] ;  $p = 0.003$ ).

**Conclusion :** Le SGB constitue une pathologie grave mettant en jeu le pronostic vital. La mortalité des formes graves semble être conditionnée par les complications survenant lors du séjour en réanimation, particulièrement les pneumopathies nosocomiales.



SESSION  
**COMMUNICATIONS  
ORALES 2**

## C13. RELATION ENTRE GERMES COLONISANT L'OROPHARYNX, LA TRACHÉE ET CEUX RESPONSABLES DES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MÉCANIQUE CHEZ LES MALADES INTUBÉS EN RÉANIMATION

Ouanes I<sup>(1)</sup>, Marzouk M<sup>(1)</sup>, Philippart F<sup>(2)</sup>, May F<sup>(1)</sup>, Ouanes-Besbes L<sup>(1)</sup>, Jalloul F<sup>(1)</sup>, Jabla R<sup>(1)</sup>, Dachraoui F<sup>(1)</sup>, Ben Abdallah S<sup>(1)</sup>, Bouriga MA<sup>(1)</sup>, Ghezaiel H<sup>(1)</sup>, Bouzgarrou R<sup>(1)</sup>, Dghim M<sup>(1)</sup>, Boussadia M<sup>(1)</sup>, Misset B<sup>(2)</sup>, Abroug F<sup>(1)</sup>.

1- Service de Réanimation Polyvalente. CHU Monastir, Tunisie.

2- Service de Réanimation Polyvalente. Groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France

**Introduction :** La pathogénie des pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) est complexe, la colonisation oropharyngée et trachéale joue un rôle important dans la survenue de ces PAVM, et les germes responsables varient selon l'écologie bactérienne locale des services. L'objectif de ce travail est de décrire les germes colonisant l'oropharynx (OP), la trachée et ceux responsables des PAVM chez les patients intubés dans notre service de réanimation, et d'étudier leurs relations.

**Matériels et méthodes :** Etude prospective de cohorte réalisée dans le service de réanimation polyvalente de Monastir entre Juillet 2010 et Aout 2012 dans le cadre de l'étude multicentrique TOPCUFF. Les patients consécutivement intubés en réanimation, et ventilés pour une durée > 48 heures, ont été inclus dans cette étude. Un écouvillonnage de l'OP et une aspiration trachéale ont été réalisés à H2, J1, J2, J3 et J7 de l'intubation. Le diagnostic de PAVM était retenu sur des critères cliniques, avec une recherche bactériologique par une aspiration trachéale quantitative.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, 95 patients ont été inclus, (Age médian : 66 ans; IQR=25; 70% de sexe masculin; SAPS II médian: 34 ; IQR: 14, SOFA médian: 6 ; IQR=4); l'hypoventilation alvéolaire et l'hypoxémie étaient les motifs principaux de l'intubation avec respectivement 42 % et 32%. La figure 1 montre les germes isolés dans les différents prélèvements réalisés, le staphylocoque était le germe le plus fréquemment isolé par l'écouvillonnage OP (près de 50%). Une augmentation soutenue et significative de la présence des Entérobactéries, du P. Aeruginosa et de l'A. Baumannii dans l'OP et la trachée a été observée entre H2 et J7. Les germes les plus fréquemment responsables de ces PAVM étaient les entérobactéries (16,2%), le P. Aeruginosa (37,8 %) et l'A. Baumannii (35%). La même espèce bactérienne responsable de la PAVM était retrouvée dans 37,8 % des cas au niveau de l'OP et dans 40,5 % au niveau de la trachée.

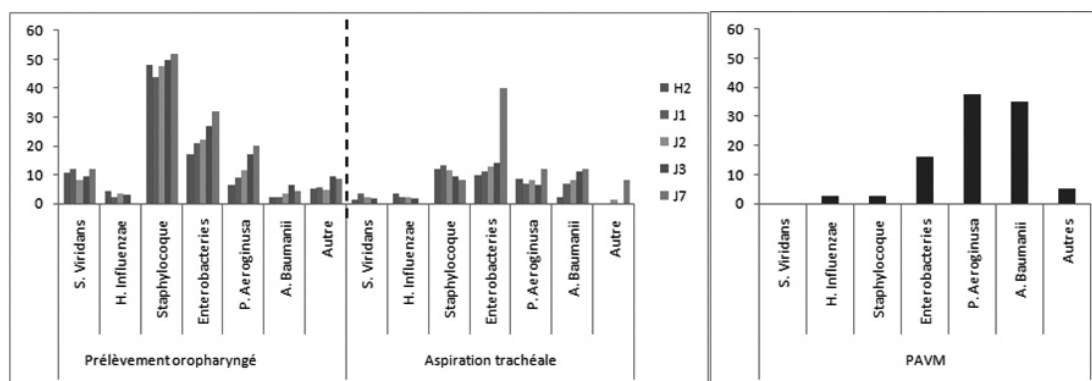


Figure 1 : Germes isolés au niveau de l'OP, la trachée et ceux responsables de PAVM.

**Conclusion :** Notre étude montre que lors de la ventilation mécanique, la colonisation de l'oropharynx aux germes saprophytes diminue alors que la colonisation orotrachéale aux germes multi résistants augmente, les germes responsables des PAVM étaient présents dans 37,8 % des cas au niveau de l'oropharynx et dans 40% au niveau de la trachée.

## C14. PNEUMOPATHIE ACQUISE SOUS VENTILATION MECANIQUE A ACINETOBACTER BAUMANII: A PROPOS DE 43 CAS

D. Lakhdhar \*, Y. Blel ; I. Fathallah; A. M rad; A. Benabderrahim; H. Maamouri; N. Kouraichi; H. Thabet; N. Brahmi; M. Amamou.

Réanimation Médicale. Centre d assistance médicale urgente.Tunis.

**Introduction :** La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) est une infection fréquente en réanimation. L'augmentation de l'incidence de l'Acinetobacter baumannii est devenue une préoccupation majeure. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et biologiques des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique à l'Acinetobacter baumannii afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective mono centrique sur une période de 4 ans et 9 mois (Janvier 2010 à septembre 2014), incluant des patients présentant une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique à *Acinetobacter baumannii*.

**Résultats :** Durant cette étude, 43 patients ont été colligés. L'âge moyen était de  $39 \pm 17$  ans avec des extrêmes allant de 17 à 75. Le sexe ratio était de 0,58. Les moyennes du score IGSII et APACHEII à l'admission étaient respectivement de  $39 \pm 10$  et  $18 \pm 5$ . La médiane du score SOFA était de 4,75 [6 ; 10]. Le motif d'hospitalisation le plus fréquent était l'intoxication médicamenteuse retrouvée dans 71,1% (n=27) des cas. Le délai moyen de survenue de pneumopathie acquise sous ventilation mécanique était de  $7 \pm 5$  jours. Au moment du diagnostic, le score IGSII moyen était de  $40 \pm 9$ , le score moyen APACHEII était de  $21 \pm 7$  et le score SOFA à  $7 \pm 2$ . L'*Acinetobacter baumannii* était isolé seul dans 72,1% des cas (n=31), associé au *Pseudomonas Aeruginosa* dans 16,3% des cas (n=7) et à la *Klebsiella Pneumoniae* dans 11,6% des cas (n=5). L'*Acinetobacter Baumannii* était sensible à la Colistine dans 98% des cas (n=42). Le taux de résistance L'*Acinetobacter Baumannii* à l'Imipenème et à l'amikacine était respectivement de 78,6% et 98%. L'antibiothérapie empirique était efficace dans 77% des cas (n=33). Trente-neuf patients (90,7%) étaient traités en bithérapie. L'association la plus fréquente était Imipenème-Colimycine (75%). Un sepsis sévère ou choc septique secondaire à la PAVM était présent chez 8 patients (18,6%). L'évolution était marquée par la survenue d'une surinfection dans 30% des cas (n=17), une complication thromboembolique chez 4 patients, une insuffisance rénale chez six patients et une coagulation intraveineuse disséminée chez deux patients. La durée médiane de la ventilation mécanique était de 14 [8,5-31] jours avec une durée médiane de séjour à 17 [15-33] jours. La mortalité globale était de 46%.

Conclusion L'*Acinetobacter Baumannii* est un des germes les plus impliqués lors des PAVM. Il a acquis un niveau de résistance élevé vis-à-vis des betalactamines et des aminosides. Le traitement empirique des PAVM à *Acinetobacter Baumannii* se base essentiellement sur la colimycine.

## **C15. EFFICACITE ET TOXICITE DE LA COLISTINE A DOSES ELEVEES DANS LES INFECTIONS A BGN MULTIRESSISTANTS: ENQUETE COMPARATIVE SUR SERIES APPARIEES**

Trifi A\*, Abdellatif S. Mahjoub K. Daly F. Bellil S. Barghouth M. Bachrouh M. Nasri R. Ben Lakhel S.

*Service de réanimation médicale CHU la Rabta. Tunis, Tunisie*

**Introduction :** L'usage de la colistine s'est répandu au cours des dernières années avec l'apparition de bactéries à Gram négatif multirésistantes. La bactéricidie de la colistine est de type «concentration-dépendante» avec un effet post-antibiotique modeste. Le peu d'études chez les patients de réanimation traités par colistiméthate sodique montrent que les doses utilisées sont infra thérapeutiques. Dès lors, des stratégies impliquant des doses plus élevées précédées par des doses de charge ont été proposées. Cependant, la toxicité systémique (néphrologique et neurologique) de tels schémas doit susciter une prudence particulière. Le but de cette étude est de tester l'efficacité et la toxicité du colistiméthate sodique à doses élevées avec une dose de charge par rapport au schéma thérapeutique à doses non élevées.

**Population d'étude et Méthodologie :** Il s'agit d'une enquête prospective comparative de 2 groupes de patients appariés sur 3 critères (l'âge, l'IGS et la localisation infectieuse), sur une période de 17 mois (Avril 2013 – Aout 2014) : Pour le groupe d'essai (colistine à dose élevée) G1: la colistine est administrée en dose de charge de 9 MU relayée par 9 MU en discontinu (4.5 MU x 2/j). Les posologies de relais sont adaptées en fonction de la clairance de la créatinine. Pour le groupe contrôle (colistine à dose classique) G2 : la colistine est administrée sans dose de charge à la posologie de 6MU/J à la seringue électrique à adapter en cas d'insuffisance rénale.

Le critère d'exclusion étant une durée de traitement < 72h. Les données sont collectées par un formulaire standardisé pour les 2 groupes relevant le suivi quotidien de la fonction rénale, le délai de sa survenue, les signes de neurotoxicité, la réponse clinique et microbiologique. La sensibilité à la colistine est déterminée par l'E test et la souche isolée est considérée sensible lorsque la CMI  $\leq 2$  mg/L.

**Analyses statistiques :** Les moyennes sont comparées en utilisant le test non paramétrique de Wilcoxon et la comparaison des pourcentages par le test Chi2 de Mac-Nemar. L'analyse est réalisée avec le logiciel SPSS version 20. Le seuil de significativité est fixé à 0,05 et tous les tests sont bilatéraux.

**Résultats :** 92 patients ont été colligés et répartis en 2 groupes (G1 : 46 patients et G2 : 46) par appariement. Les vérifications statistiques entre les 46 paires des malades inclus montrent : des différences d'âge non significatives  $50.19 \pm 17.04$  pour G1 vs  $48.91 \pm 18.15$  pour G2 (p 0.49) et de même pour l'IGSII (p 0.14). Les localisations sont réparties comme suit : PAVM (62%), Bactériémies (17%), ILC (8.5%) et empirique sans germe isolé (12.5%). Dans tous les cas la colistine est administrée en association : avec une carbapenem (78%), glycopeptides (34%), aminosides (28%) et tygécycline (16%). Les différentes comparaisons analysées avec leurs taux de signification sont groupés dans le tableau joint.

Les différents variables étudiées pour les 2 groupes G1 et G2 et leurs taux de signification			
Variabes étudiés	G1 (n=46)	G2 (n=46)	P
Efficacité (critères cliniques et bactériologiques)	63%	41.3%	0.04
Durée de traitement (j)	13.63 ± 8.1 (médiane 12j)	15.63 ± 6.3 (médiane 15)	0.25
Récidive d'infection à BMR (au même BMR ou autre)	4.3%	13%	0.21
Néphrotoxicité	32.2%	26%	0.64
Délai de survenue d'IRA (j)	8.32±4.3 (médiane 7j)	11 ± 6.4 (médiane 9.5)	1
Epuration extrarénale	26.6%	41%	1
Neurotoxicité	6.5%	2.1%	0.25
Mortalité imputable	23%	27.5%	0.6

**Conclusion :** Il ressort de notre étude qu'en utilisant de fortes doses de colistine à un schéma de 9 MU/ J fractionnées en 2 prises et précédées par une dose de charge de 9MU sur une heure, une efficacité clinique et bactériologique statistiquement supérieure au schéma thérapeutique à doses ordinaires (6MU/J à la PSE). Par ailleurs, on ne trouve pas de risque majeur de néphrotoxicité et/ou de neurotoxicité. Toutefois, des données complémentaires sont nécessaires pour appuyer davantage nos résultats clinicobiologiques, à savoir les dosages pharmacodynamiques (colymicinémies, C max, ASC/CMI, % T de contact).

## C16. EVOLUTION DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES DANS LE SERVICE DE REANIMATION DES BRULES.

L. Gharsallah\* ; A. Mokline; IRahmani; B. Gasri; A. Hachani R ; S. Tlaili ; R. Hammouda; I. Harzallah; A. Ksontini; AA. Messadi.

*Réanimation des Brulés. Centre de Traumatologie et des Grands Brulés*

**Introduction :** Afin d'améliorer l'usage des anti-infectieux et de lutter contre les infections nosocomiales à germes multi résistants, il est nécessaire de réaliser une surveillance des pratiques de prescription. Cette surveillance est effectuée grâce à la mise en place d'indicateurs. Dans cette optique, nous effectuons régulièrement dans notre service une évaluation de nos pratiques à travers la consommation des antibiotiques.

**Méthodes :** Cette étude englobe l'évaluation de la consommation des antibiotiques sur une période de 5 ans et demi, du 01 janvier 2009 jusqu'à 30 juin 2014. L'indicateur choisi pour cette étude est l'indice de consommation des antibiotiques (ICATB) qui se base sur le suivi des Journées de Traitement Antibiotique (JTAB) pour 1000 Journées d'Hospitalisation (JH) (JTAB/1000JH). Les JTAB sont calculées à partir des Doses Définies Journalières (DDJ), en rapportant la quantité (Q) d'antibiotique consommée (en gramme) à la DDJ. Les JTAB sont ensuite rapportées pour 1000 JH.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, 1897 malades ont été hospitalisés en réanimation des brulés, en moyenne 300 malades/an avec un pic en 2011 surtout les 6 premiers mois où le nombre de malades hospitalisés a augmenté de 25% correspondant à la période de la révolution. Le nombre total de journées d'hospitalisations a été estimé à 36.000 JH. La consommation d'antibiotique a enregistré une augmentation annuelle respectivement de 15% en 2011, de 87% en 2012 et de 73% en 2013 par rapport à l'année 2010. L'étude de l'évolution de la sensibilité aux antibiotiques des principaux germes isolés dans le service a montré une augmentation globale de la résistance des germes aux antibiotiques habituellement prescrits. L'augmentation importante de la consommation des antibiotiques semble être due à l'émergence des bactéries multi-résistantes dans le service en 2011. Cette augmentation serait en rapport avec la gravité des malades en post révolution essentiellement secondaire aux tentatives de suicide par immolation que nous avons enregistrés (33% en 2011).

**Conclusion :** La charge du travail croissante induite par le nombre des malades gravement brulés est certainement un facteur expliquant l'augmentation de la consommation d'antibiotiques. Le renforcement des mesures d'hygiène est à même de stabiliser la situation et de rétablir une consommation usuelle.

## C17. BUNDLES AU COURS DE CHOC SEPTIQUE : ADHERENCE ET IMPACT SUR LA MORTALITE

Gharbi R\*, Boujelbéne N, Yaacoubi S, Feki F, Mateur H, Sik Ali H, Tilouche N, Fekih Hassen M, Elatrous S.

*Service de Réanimation Médicale, CHU Taher Sfar Mahdia*

**Introduction:** La littérature scientifique a établi qu'une adhérence aux bundles dans l'état de choc septique est associée à une baisse de la mortalité. Bien que les cliniciens connaissent ces mesures, leur application est méconnue.

**But :** Evaluer la fréquence l'adhérence aux bundles dans l'état de choc septique dans notre service.



**Matériels et méthodes:** C'est une étude rétrospective menée au service de réanimation médicale à Mahdia. Tous les patients hospitalisés pour état de choc septique entre 2012 et 2014 étaient inclus dans cette l'étude. Les « bundles » étaient divisés en deux groupes :

- Groupe 1 « ressuscitation » prise en charge adaptée selon les guidelines de surviving sepsis campany : mesure des lactates < H1, ScVO<sub>2</sub>, prélèvements des d'hémocultures et avant l'antibiothérapie, administration d'antibiotiques < H3, remplissage vasculaire à 30ml/kg et amines vasoactives ;
- Groupe 2 « management » : obtenir la normoglycémie, recours à la ventilation mécanique et administration de corticoïdes. Les paramètres recueillis étaient: Les caractéristiques démographiques, score de gravité (SAPS-II), origine de l'état septique, le recours à l'épuration extrarénale (EER), la durée de ventilation mécanique, la durée de séjour et la mortalité.

**Résultats :** Soixante sept patients d'âge moyen 66±16 ans avec un SAPSII moyen 47±21 étaient inclus. L'adhérence complète à la « ressuscitation » était de 54%. Alors que la fréquence de « management » était 78%. La figure ci-dessous résume le taux d'adhérence aux « bundles » selon la procédure.

**Conclusion :** Les bundles sont appliqués en totalité par la moitié des nos médecins. L'impact de notre adhérence aux bundle sur la mortalité nécessite une étude à plus large échelle.

## C18. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET MYCOLOGIQUE DES CANDIDEMIES EN MILIEU DE REANIMATION A L'HOPITAL MILITAIRE PRINCIPAL D'INSTRUCTION DE TUNIS

H. Hannachi<sup>(1)\*</sup>, K. Rouis<sup>(1)</sup>, M. Ayoub<sup>(1)</sup>, N. Yousfi<sup>(1)</sup>, L. Mtibaa<sup>(1)</sup>, Z. Hajjaj<sup>(2)</sup>, M. Deykhi<sup>(2)</sup>, M. Ferjani<sup>(2)</sup>, B. Jemli<sup>(1)</sup>, S Gargouri<sup>(1)</sup>.

1- Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

2- Service de Réanimation, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

**Introduction :** les candidémies sont en recrudescence en milieu de réanimation. Elles sont responsables d'une mortalité élevée. L'objectif de cette étude est de décrire les particularités épidémiologiques et mycologiques des candidémies chez les patients hospitalisés en réanimation de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (HMPIT).

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective durant la période allant de de janvier 2013 jusqu'à septembre 2014. Elle a porté sur toutes les hémocultures positives prélevées chez des malades hospitalisés au service de réanimation de l'HMPIT. Une culture initiale de tous les flacons d'hémoculture a été effectuée sur milieu Sabouraud avec et sans Actidione. Une hémoculture est considérée positive après concordance entre la culture initiale et celle effectuée après incubation dans l'automate Bactec 9240®. Par ailleurs, nous avons étudié tous les autres prélèvements de ces patients. L'identification s'était basée sur des caractères phénotypiques et biochimiques par des auxanogrammes (Auxacolor®). L'antifongogramme a été réalisée par méthode colorimétrique (Fungitest®).

**Résultats :** Durant la période d'étude, nous avons colligé 15 souches de Candida isolées dans le sang de 14 patients hospitalisés en réanimation. Le diagnostic de candidémie a été retenu chez 10 patients. L'âge moyen était de 50 ans ±18 avec un sexe ratio (H/F) de 2,3. La durée moyenne d'hospitalisation en réanimation était de 38 jours ± 43. Les patients ont bénéficié de 3 hémocultures en moyenne. Les prélèvements périphériques ont été effectués dans 90% des cas. L'enquête bactériologique a révèle la présence d'une bactérie dans 80% des cas, qui était une souche multirésistante dans 63%. Tous les malades étaient sous antibiothérapie qui était à large spectre dans 90% des cas. Huit patients présentaient un état de choc septique. Dans 40% des cas, l'espèce responsable était C. Albicans. Les autres espèces étaient C. Glabrata et C. Parapsilosis. La même espèce a été isolée dans au moins un prélèvement périphérique chez 6 patients. Le développement de candidémie à C. Albicans était associé de façon significative à l'hémodialyse. Celle à Candida non albicans était liée au diabète et à la nutrition parentérale (figure 1). La culture des urines étaient positives dans 30% des cas alors qu'elle était de 40% dans les PDP. Les souches sauvages ne représentaient que 30%. La sérologie candidosique, réalisée chez 30% des patients, sont revenues positives dans 2/3 cas. Le traitement de 1<sup>ère</sup> intention était à base de Caspofungine, d'Amphotericine B et de Fluconazole respectivement dans 50%, 30% et 20% des cas. L'évolution n'était favorable que chez 30% des patients et dans 87% des cas, les patients sont décédés dans un tableau de choc septique.

**Conclusion :** Les candidémies sont des infections nosocomiales émergentes en milieu de réanimation. L'antibiothérapie à large spectre et les manœuvres invasives représentent les principaux facteurs de risque chez ces patients. C. Albicans est la première espèce à l'origine de candidémie avec émergence d'autres espèces non albicans comme C. Parapsilosis et C. Glabrata. Le taux de mortalité associé à ces infections demeure élevé et seule une surveillance étroite et un diagnostic précoce pourraient améliorer le pronostic.

## C19. INTERET DU TRAITEMENT ANTIFONGIQUE PROBABILISTE EN RÉANIMATION. (ANALYSE PRÉLIMINAIRE D'UNE ETUDE PROSPECTIVE)

Trifi A\*, Abdellatif S. Mahjoub K. Daly F. Bellil S. Barghouth M. Bachrouh M. Nasri R. Ben Lakhal S.

Service de réanimation médicale CHU la Rabta. Tunis, Tunisie

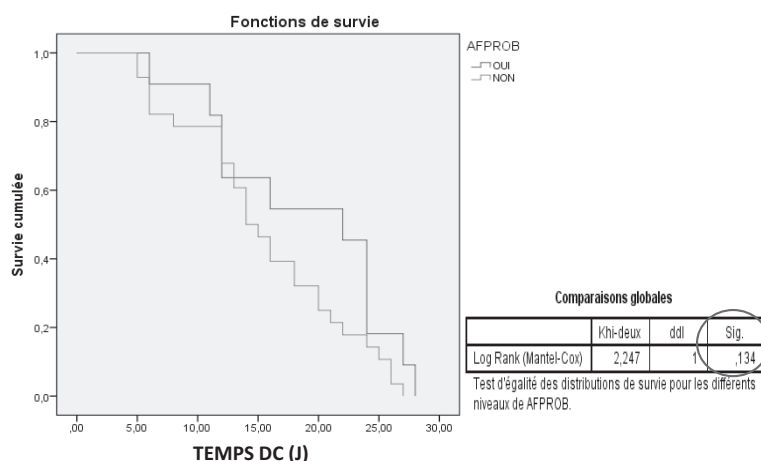
**Introduction :** L'introduction tardive d'un traitement antifongique (TAF) chez les patients présentant une infection fongique prouvée est associée à une mortalité accrue. Mais la mise en évidence d'une infection fongique est souvent tardive. L'impact du TAF probabiliste sur le pronostic est suggéré par certaines études sans preuve formelle. L'objectif de la présente étude est d'évaluer l'impact d'un TAF probabiliste sur la survie à 28 jours des patients septiques sans origine évidente du sepsis en tenant compte des facteurs de confusion définis à priori : la gravité estimée par le score APACHEII et le candida score.

**Patients et Méthodes :** Etude prospective monocentrique (réanimation médicale CHU la Rabta) débutée en Janvier 2012. Les patients inclus sont ceux hospitalisés en réanimation plus que 7 jours qui développent un sepsis nosocomial et dont l'origine n'est pas déterminée. Ces patients reçoivent donc un TAF probabiliste. Les patients sous TAF adapté pour infection fongique documenté et les malades immunodéprimés sont exclus. Le groupe comparable (malades septiques sans foyer évident n'ayant pas reçu le TAF probabiliste) a été recruté et analysé rétrospectivement.

**Analyse statistique :** Les mesures d'association entre le facteur étudié (TAF probabiliste) et l'événement d'intérêt (délai de survie à 28j) sont exprimées par les odds ratio. L'ajustement sur les facteurs de confusion prédéfinis est effectué par la méthode de Mantel Haenszel. Les taux de survie en fonction du temps sont représentés par les courbes de survie de Kaplan-Meier et comparés par le test de Log Rank. L'intervalle de confiance est fixé à 95%. Le traitement des données est fait avec le logiciel SPSS version 20.

**Résultats :** Le groupe d'intérêt (TAF probabiliste) a inclus 48 patients et on a recruté 35 dans le groupe comparable. Les patients du 1<sup>er</sup> groupe ont un âge plus jeune ( $50 \pm 15$  vs  $58 \pm 14$  p 0.023). Les autres caractéristiques sont similaires notamment Candida score : 3.02 vs 2.77 p0.9, APACHEII : 17.22 vs 16.80 p0.72, durée de VMC : 34 vs 23j p0.11 et durée de séjour totale : 35 vs 27j p0.21). Les AF prescrits sont amphotéricine B dans 56% des cas, voriconazole (22%) et fluconazole (22%). Dans notre série, on ne montre pas d'impact significatif en termes de survie à j 28 aussi bien pour l'analyse brute que stratifiée. De même la comparaison des courbes de survie des 2 groupes ne montre pas de différence significative (délai de survie moyen :  $18.7 \pm 2.27$  j vs  $15.5 \pm 1.28$  j p 0.134). (cf fig). Cependant, on estime un rôle protecteur du TAF probabiliste pour les malades de faible gravité à l'admission (APACHE II < 16) avec un OR 0.14 [0.015 ; 0.97].

Comparaison des courbes de survie entre le groupe TAF probabiliste et le groupe parallèle



**Conclusion :** Les résultats de notre étude ne retiennent pas l'intérêt d'un TAF probabiliste sur la survie à 28 jours chez les malades de réanimation septiques sans infection prouvée sauf pour un sous groupe de malades moyennement graves (APACHE II < 16). Peu d'études ont évalué l'impact d'une telle thérapie sur le pronostic donc des incertitudes autour de la question persistent. De plus, des découvertes récentes révèlent que l'usage abusif des AF en probabiliste favorise l'émergence des espèces de candida moins sensibles.

# SESSIONS

## **POSTERS ELECTRONIQUES**

## THEME NEUROLOGIE

**P001. LE COMA NON TRAUMATIQUE: ETUDE COMPARATIVE SELON L'AGE**

Sayhi A, Ben Mefteh N, Ridene N, Kalai Y, Skouri I, Ammar Y\*, Daoud M, Rbia E, Khelil A.

*Service des Urgences-SMUR Hôpital Mohamed Tahar Maamouri Nabeul*

**Introduction :** Le coma non traumatique met en jeu directement le pronostic vital du patient. Chez le sujet âgé, il pose souvent plusieurs difficultés diagnostiques qui entravent la prise en charge de cette catégorie des patients. Le but de notre travail est d'étudier les particularités épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques du coma non traumatique selon l'âge.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur 121 patients consultant nos urgences de l'HMTM de Nabeul durant l'année 2012 pour un coma non traumatique d'emblé ou une dégradation progressive de l'état de conscience dans les six heures qui suivent l'admission. Notre population est divisée en deux groupes: Groupe I (GI): sujets âgés de 14 à 64 ans (N=58) et Groupe II (GII) : sujets âgés de plus que 65 ans (N=63). Les données ont été analysées par le logiciel SPSS version 18.

**Résultats :** La fréquence de coma non traumatique a été de 0,8% dans chaque groupe. L'âge moyen a été de 41,7 ans pour le GI et 75,6 ans pour le GII, avec une prédominance masculine dans les deux groupes (SR=2). Les cardiopathies ont été plus fréquentes dans le GII (57,2% vs 26%). Les endocrinopathies occupent le premier plan dans le GI (31% vs 32%) sans qu'il y ait une différence significative entre les deux groupes. Les antécédents d'hypertension et de diabète sont les pathologies les plus fréquemment rencontrées dans les deux groupes. Les sujets du Groupe II sont classés d'emblé plus grave que ceux de Groupe I : IGSA>8 (47,6% vs 17,2%). Les étiologies sont dominées par les causes toxiques dans le GI (31% vs 4,8%) et les causes neurologiques dans le GII (50,8% vs 33%). Dans notre étude, nous avons noté une courte durée de séjour à la salle de déchoquage pour le GI comparativement au groupe GII (10h vs 72h) avec une facilité d'hospitalisation des sujets de GI (70,7% vs 35%). La moitié des sujets de GI ont été admis en réanimation (50% vs 14,3%). La mortalité était plus importante dans le GII (41,3% vs 10,3%).

Au terme de notre étude nous avons retenu comme facteurs de mauvais pronostiques dans le GII : l'âge ( $p<0,001$ ), le coma profond à l'admission ( $p<0,01$ ) avec présence d'anisocorie ou mydriase ( $p<0,04$ ) et les sujets qui ont nécessité une intubation ( $p<0,001$ ).

**Conclusion :** Les comas non traumatiques touchent aussi bien les sujets âgés que l'adulte (0,8%) avec une prédominance masculine. Ils sont plus graves chez les sujets âgés mettant en jeu le pronostic vital immédiat et nécessitant une prise en charge adéquate.

**P002. ETATS DE MAL CONVULSIFS AUX URGENCES : FACTEURS PRONOSTIQUES**

Chakroun-walha O, Rejeb I, Boujelben M, Chtara K, Nasri Ab., Eleuch I., Ghnainia T., Bouaziz M., Rejik N.

*Service des urgences et SAMU04 Sfax - Service de réanimation médicale, Sfax*

**Introduction :** Les convulsions sont un motif fréquent de recours aux urgences. Leur pronostic peut être sombre vu les éventuelles séquelles neurologiques irréversibles en cas de mauvaise prise en charge et la mortalité pouvant être importante selon les étiologies et le terrain sous-jacent. Le but de notre étude est d'étudier le profil démographique, étiologique, clinique et thérapeutique des patients hospitalisés aux urgences pour convulsions.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective durant trois années consécutives (2010, 2011, 2012). Le critère d'inclusion a été l'hospitalisation pour état de mal convulsif.

**Résultats :** Nous avons inclus 190 patients. La moyenne d'âge des patients a été de  $42,3 \pm 23,3$  ans avec un sex-ratio de 1,8. Tous les patients inclus répondaient à l'entité « état de mal convulsif ». La consultation a été tardive dans 6,8% des cas (n=13). Le tableau complet avec morsure de la langue ou perte d'urines n'a été présent que dans 12,6% des cas. Malgré les explorations réalisées pour étayer le diagnostic étiologique, aucun facteur décompensant n'a été identifié dans près de la moitié des cas (44,7%). La mortalité a été de 9,5% des cas. Parmi les survivants, il n'y a pas eu de retour à l'état de conscience habituel chez 41 patients. Les facteurs indépendants prédictifs de décès en cas d'hospitalisation aux urgences pour état de mal convulsif sont la présence d'acidose métabolique, de dysnatrémie et le recours aux catécholamines pour stabiliser l'état hémodynamique.

**Conclusion :** Les convulsions peuvent être grevées d'une mortalité élevée voire de séquelles neurologiques irréversibles vu la souffrance cérébrale par anoxie. Le plus important est probablement la nécessité d'uniformiser la démarche diagnostique dans les différentes équipes soignantes aux urgences afin d'améliorer le pronostic vital et fonctionnel de ces patients.

## **P003. LES ACCIDENES VASCULAIRES CEREBRAUX DU SUJET AGE ADMIS A LA SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES : ETUDE DES FACTEURS PRONOSTIQUES**

Ben Mefteh N, Rbia E, Skouri I, Ben Dahmene F, Ridene N, Mtaoua N, Khelil A.

*Service des Urgences-SMUR - Service de médecine interne Hôpital M.T. Maamouri Nabeul.*

**Introduction :** L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une pathologie grave, invalidante et de plus en plus fréquente avec le vieillissement de la population. C'est l'urgence neurologique la plus fréquente mettant en jeu le pronostic vital et susceptible d'entraîner une morbi-mortalité non négligeable si la prise en charge médicale n'est pas optimale dès les premières heures. Le but de notre travail est d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques et tomodensitométriques et de dégager les facteurs pronostiques des AVC du sujet âgé admis à la SAUV.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur 2 ans (1<sup>er</sup> Janvier 2012 au 31 décembre 2013), portant sur 44 patients admis à la salle d'accueil des urgences vitales de l'HMTM de Nabeul pour un AVC.

**Résultats :** L'âge moyen de nos patients est de 76,8±12 ans avec prédominance masculine (SR=2,4). Les antécédents de nos patients étaient essentiellement l'hypertension artérielle (68,2%), le diabète (56,8%) et les cardiopathies (50%). L'altération de l'état de conscience était le principal motif de consultation dans 95,5% des cas. 77,3% de nos patients étaient comateux (SGS ≤8) dès l'admission. Les patients étaient classés graves d'emblé dans 79,5% des cas. Une hyperglycémie était observée chez 75% de nos patients, dont 45,5% qui n'étaient pas diabétiques. La tomodensitométrie était pathologique dans 84,1% des cas. Le diagnostic d'AVC hémorragique était retenu chez 59,1% de nos patients. La mortalité était de 81,8% avec comme facteur de mauvais pronostic les sujets âgés de plus de 65 ans (p<0,001), le sexe masculin (p<0,01), les antécédents de diabète (p<0,025), de cardiopathies (p<0,025) et d'AVC (p<0,05), un IGSA>8 (p<0,001) avec un SCG≤8 (p<0,001) à l'admission, présence d'une hyperglycémie (p<0,01), des lésions tomodensitométriques étendues (des lésions hémorragiques de plus de 55 millimètre avec inondation des ventricules, des lésions cérébrales hémisphériques) associée ou non à un effet de masse (p<0,01) et la nature hémorragique de l'AVC (p<0,025).

**Conclusion :** L'AVC du sujet âgé est une pathologie grave, de pronostic sévère avec un taux de mortalité important.

## **P004. L'EMBOLE PARADOXALE, UNE CAUSE INHABITUELLE D'ISCHEMIE CEREBRALE**

F Medhioub; R Ammar; O Turki; A Chaari; N Baccouch; H Chelly; C Ben Hamida; M Bahloul; M Bouaziz.

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

**Introduction :** Dans 25% des accidents ischémiques cérébraux, aucune étiologie n'est retrouvée. Cette forme d'ischémie cérébrale est qualifiée de cryptogénique. Dans ce groupe, plusieurs patients présentent un foramen ovale perméable (FOP). La relation de cause à effet entre FOP et ischémie cérébrale définit l'embolie paradoxale.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 52 ans, ayant un antécédent d'embolie pulmonaire et se présentant aux urgences pour dyspnée rapidement progressive associée à une douleur basi-thoracique droite. L'examen physique a montré une pression artérielle à 82/60 mmHg, une fréquence cardiaque à 110 bat/mn, une saturation en oxygène à 83 % sous 9 l d'oxygène et une fréquence respiratoire à 24 c/min. Par ailleurs, il avait un Glasgow à 10 sans déficit sensitif ni moteur ni anomalie pupillaire. L'ECG était normal en dehors d'une tachycardie sinusale. Le diagnostic d'embolie pulmonaire a été évoqué et confirmé par l'angioscanner thoracique qui a objectivé la présence d'une embolie pulmonaire bilatérale touchant les troncs des deux artères pulmonaires. Le scanner cérébral initial était normal. Le patient a été intubé et ventilé après stabilisation de son état hémodynamique et mis sous traitement anticoagulant par héparine à dose curative. Après 24 heures d'hospitalisation, il a développé une anisocorie gauche avec au scanner cérébral un AVC ischémique au dépens du territoire de l'artère sylvienne superficielle gauche. Devant ce tableau associant une embolie pulmonaire et un accident vasculaire cérébral ischémique, le diagnostic d'embolie paradoxale a été évoqué et confirmé par l'échocardiographie trans-thoracique avec épreuve de bulles. L'évolution a été défavorable et le décès est survenu dans un tableau d'état de choc cardiogénique avec défaillance multi viscérale.

**Discussion :** Une embolie est dite paradoxale quand son point de départ se situe dans une veine et son point d'arrivée est artériel. Elle n'est possible que par l'existence d'une communication entre le circuit veineux (veines, cœur droit, artères pulmonaires) et le circuit artériel (cœur gauche et artères). En cas de foramen ovale perméable associé à une hyperpression dans l'oreillette droite, une telle communication peut s'établir. L'embolie pulmonaire est responsable d'une hypertension artérielle pulmonaire favorisant le passage d'un caillot venant du système veineux par le foramen ovale perméable pour aller emboliser le cerveau, un rein, la rate... Ce type d'accident peut survenir de façon moins prévisible chez des personnes bien portantes. Il suffit qu'un de ces micro-caillots transite dans l'oreillette droite au moment où s'y produit une hyperpression (au cours d'un effort, d'un éclat de rire, d'une colère...) pour que survienne l'accident.

**Conclusion :** L'embolie paradoxale est une pathologie rare. Elle doit être évoquée devant une embolie artérielle sans autre cause, associée à une embolie pulmonaire ou une thrombose veineuse profonde. Le diagnostic est confirmé par l'échocardiographie trans-œsophagienne avec épreuve de contraste.

## **P005. TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE D'UN ANÉVRISME CÉRÉBRAL ROMPU : A PROPOS D'UN CAS**

Bachrouh M, Trifi A, Abdellatif S, Barghouth M, Mahjoub K, Daly F, Bellil S, Nasri R, Ben Lakhel S.

*Service de réanimation médicale CHU la Rabta, Tunis, Tunisie*

**Introduction :** L'hémorragie méningée anévrysmale (HMA) est due à la rupture d'un anévrysme artériel intracrânien dans 80% des cas responsable de l'irruption de sang dans les espaces sous-arachnoïdiens. Son incidence est très faible: environ 1 cas/10 000 habitants/an. La population concernée est relativement jeune, avec un pic estimé entre 30 et 60 ans. Il s'agit d'une urgence neuro-interventionnelle extrême, le choix entre les 2 traitements de cure anévrysmale (chirurgicale ou endovasculaire) est discuté en fonction de la présentation clinique de l'hémorragie méningée (grade de la WFNS\*, présence d'un hématome intra parenchymateux, vasospasme...) et des caractéristiques anatomiques de l'anévrysme (taille, collet, localisation, nombre). Le traitement proposé de première intention est l'embolisation endovasculaire permettant d'obtenir la même qualité d'exclusion de l'anévrysme et de court-circuiter la lourdeur de la microchirurgie à crâne ouvert. Nous rapportons le cas d'un jeune homme admis pour coma brutal sur HMA, chez qui on a opté pour le traitement endovasculaire avec évolution favorable.

**Observation :** Il s'agit de Mr AM âgé de 29 ans, tabagique et consommateur occasionnel d'alcool, toxico-mane au cannabis, sans antécédents médico chirurgicaux particuliers admis pour coma brutal faisant suite à un conflit émotionnel. A l'examen : apyrétique, GCS à 5/15, grade 5 de l'échelle WFNS, TA =140/90 mmHg, FC=113 bpm, GAD=1g/l, FR=28, SpO<sub>2</sub>=100%. La détresse neurologique a nécessité le recours à l'intubation orotrachéale. Une TDM cérébrale a mis en évidence un anévrysme de l'artère carotide interne gauche compliqué de rupture avec hémorragie méningée stade 2 de Fisher. L'angiographie cérébrale a montré un anévrysme géant carotidien gauche à collet large. Un doppler trans crânien a objectivé des pics de vitesse élevés faisant suspecter un vasospasme associé. Dès lors, une embolisation précoce a été réalisée avec exclusion satisfaisante mais incomplète de l'anévrysme. Le relais thérapeutique a été basé sur les mesures de neuroprotection notamment prévention du vasospasme : nimodipine IV (+ in situ) et sédation-analgésie. Une angiographie de contrôle (J3) montre une bonne exclusion de l'anévrysme au niveau de l'artère CIG, pas de vasospasme décelable et une bonne circulation. Actuellement, le patient est encore hospitalisé en cours de sevrage progressif de la ventilation mécanique.

**Discussion :** Le traitement par neuroradiologie interventionnelle ou embolisation consiste en la montée par voie endovasculaire d'un microcathéter jusque dans le sac anévrysmal et dépôt in situ d'un matériel permettant l'exclusion de l'anévrysme (spires ou coils mais aussi ballonnet, micropores); elle doit être effectuée rapidement après le saignement initial, si possible dans les 24 premières heures et cela pour deux raisons importantes : Eliminer tout risque de récurrence, et prévenir un éventuel vasospasme. Toutes les études qui ont comparé le traitement chirurgical à celui endovasculaire sont favorables à ce dernier (taux de complications et coût). Cependant, ces études sont scientifiquement contestables car il ne s'agit pas d'études prospectives contrôlées multicentriques. Une grande partie des évolutions défavorables est due à la récurrence précoce du saignement ainsi qu'au vasospasme et ses conséquences. Environ 12 % des patients décèdent avant toute prise en charge médicale et 20% des survivants gardent des séquelles lourdes et invalidantes.

**Conclusion :** Bien que toutes les études publiées (monocentriques) soient plutôt en faveur du traitement endovasculaire, d'importantes questions demeurent non résolues : en particulier l'évaluation précise des résultats cliniques et angiographiques à court et à long terme et la question cruciale qui reste posée : faut-il dépister et traiter un anévrysme non rompu ?

## **P006. THROMBOSE VEINEUSE CEREBRALE : A PROPOS DE 10 CAS**

Guizani T ; El acheche W ; Nakhli. MS ; Mhamdi.S ; Baazaoui.M ; Ammar.C ; Naija.W ; Said.R

*Service de réanimation chirurgicale CHU Sahloul Sousse.*

**Introduction :** La thrombose veineuse cérébrale (TVC) est une maladie rare et gravissime. Son diagnostic reste difficile du fait de l'extrême hétérogénéité des signes cliniques. Cependant, les progrès et l'accessibilité de l'imagerie permettent actuellement un diagnostic plus précoce et une prise en charge plus adéquate. Le but de la présente étude est de fournir une analyse clinique et étiologique des TVC dans notre service.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective réalisée au service de réanimation chirurgicale du CHU Sahloul de Sousse sur une période de 3 ans [2010-2013].

**Résultats :** Dix patients ont été hospitalisés durant la période d'étude (6 femmes et 4 hommes). L'âge moyen était de 37 ans avec des extrêmes allant de 23 à 69 ans. La symptomatologie clinique était d'installation aiguë avec des manifestations faites essentiellement de crises convulsives et d'altération de l'état de conscience. Les sinus

longitudinaux latéraux et supérieurs ont été le plus souvent en cause (8 cas /10). Les étiologies des TVC étaient variables avec prédominance des thrombophilies (5 cas /10). L'évolution sous anticoagulants était favorable dans 9 cas /10.

**Conclusion:** Le diagnostic et le traitement des thromboses veineuses cérébrales doivent être considérés comme des urgences compte tenu de l'excellent potentiel de récupération.

## **P007. LA THROMBOPHLEBITE CEREBRALE : UNE COMPLICATION DE L'ABCES RETROPHARYNGE. A PROPOS D'UN CAS.**

D Zaabar\*, Y Mlaiki, S Guellim, M Lassoued, I Chaieb, N. ben Abdelkader, A Lika, MM Kharrat, MH Barhoumi.

*Service d Anesthésie Réanimation de Kairouan*

**Introduction:** La thrombophlébite cérébrale correspond à l'obstruction d'une veine autour du cerveau par un caillot. D'un point de vue étiologique, on retrouve au premier plan chez le patient jeune des causes locales, des troubles héréditaires de la coagulation, la prise des contraceptifs, une grossesse et la période de postpartum. Chez le patient âgé, la thrombose veineuse est souvent associée à une tumeur et très rarement à une cause infectieuse.

**Observation :** Il s'agit d'une patiente de 66 ans sans antécédent pathologique, ramenée à nos urgences pour altération de son état général. Selon les dires de sa famille, elle a présenté un tableau d'otite depuis une semaine non traitée, compliquée de dysphagie puis d'un trismus. L'évolution était marquée le jour de son admission par l'altération de son état neurologique. L'examen trouve une patiente confuse, score de Glasgow à 13/15, une paralysie faciale et une hémiparésie gauche. Une TDM cérébrale puis une IRM a montré une thrombophlébite cérébrale moyenne droite avec un abcès rétro pharyngé présumé responsable de cette phlébite. Un traitement à base d'anticoagulation curative et une antibiothérapie dans un premier lieu, puis un drainage de cet abcès sous contrôle scanographique a été mené

**Conclusion :** Le diagnostic de thrombophlébite cérébrale peut être suspecté sur un scanner cérébral mais l'examen clef est l'IRM cérébrale avec et sans injection de produit de contraste, qui permet la mise en évidence à la fois de la veine occluse et les conséquences de cette occlusion sur les régions cérébrales. Reste à connaître les étiologies de la thrombophlébite cérébrale pour une efficacité diagnostique et thérapeutique.

## **P008. THROMBOPHLEBITE CEREBRALE POST-TRAUMATIQUE REVELEE PAR DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES**

F Medhioub; O Turki; H Ben Hamed; N Baccouch; R Allela; K Chtara; A Chaari; C Ben Hamida; M Bahloul; H Chelly; M Bouaziz.

*Service de réanimation médicale, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.*

**Introduction :** Les traumatismes crâniens sont une cause connue de thrombophlébite cérébrale (TPC). Cette complication doit être évoquée même à distance du traumatisme initial devant des troubles neurologiques souvent polymorphes. Toutefois, une expression purement psychiatrique est atypique et peut dérouter le diagnostic.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 36 ans, sans antécédent ni facteur de risque notable, qui a été hospitalisée pour traumatisme crânien secondaire à un accident de la voie publique. A l'admission, elle était consciente. L'examen notait une plaie occipitale, des fractures des deux os malaires et une hémorragie sous-conjonctivale bilatérales. L'examen neurologique était normal. Le scanner cérébral initial ne montrait aucune lésion. Huit jours après le traumatisme, la patiente a présenté des troubles majeurs du comportement (délire de persécution, idées suicidaires récurrentes et refus d'alimentation). Devant l'aggravation inexplicable de son état, une imagerie par résonance magnétique encéphalique a été demandée. Elle retrouvait une thrombophlébite du sinus latéral confirmée à l'angio-IRM veineuse. L'électroencéphalogramme était normal. Le bilan de thrombophilie était négatif (antithrombine III, protéine C et S, homocystéinémie, anticorps antinoyaux et antiphospholipides, mutation du gène des facteurs 2 et 5). La malade n'était pas du groupe HLA B5. Un traitement par héparine non fractionnée avec relais par antivitamine K fut instauré. L'évolution a été marquée par un amendement progressif de la symptomatologie. Quinze jours plus tard, l'IRM de contrôle a montré la normalisation de la circulation veineuse cérébrale. La patiente a été mise sortante avec un traitement anticoagulant oral.

**Conclusion :** Le diagnostic d'une thrombophlébite cérébrale doit être évoqué en post-traumatique devant tout trouble neuropsychiatrique d'installation brutale. La confirmation nécessite la réalisation urgente d'une imagerie par résonance magnétique. Le traitement repose sur l'anti coagulation curative en dehors de toute contre indication.

## P009. MICRO-ANGIOPATHIE THROMBOTIQUE ET RHOMBOENCÉPHALITE : À PROPOS D'UN CAS

F Essafi, T Merhabene, A Jamoussi, M Marzouk, S Ben Abdallah, K Ben Romdhane, K Belkhouja, F Abroug, J Ben khelil, M Besbes.

*Service de réanimation médicale, hôpital Abderrahmane Mami Ariana - Service de réanimation médicale, hôpital Fattouma Bourguiba Monastir.*

**Introduction :** les Microangiopathies thrombotiques (MAT) est un groupe de pathologies qui associent une anémie hémolytique mécanique, une thrombopénie périphérique et une défaillance d'organes. Une enquête étiologique s'impose devant chaque cas. Le pronostic reste péjoratif malgré les progrès thérapeutiques réalisés dans ce domaine.

**Observation :** Mr BH, âgé de 37 ans, sans antécédents pathologiques connus, était admis en réanimation pour confusion fébrile. A l'admission le patient était fébrile à 40°, confus, agité, sans syndrome méningé, ictérique sans hépato-splénomégalie et au labstix une protéinurie à 3 croix. L'examen cardio-respiratoire était sans anomalies avec une PA = 110/80 mmHg, une auscultation cardiaque normale et une SpO<sub>2</sub> à 100 % à l'AA. A la biologie : une anémie normochrome normocytaire régénérative à 5,1 g/dl avec présence de schizocytes et un test de Coombs direct négatif, LDH à 2043 UI/L, une thrombopénie à 5000 elt/mm<sup>3</sup>, une insuffisance rénale aiguë avec une clairance de la créatinine à 57 ml/min, une hyperbilirubinémie 92 UI/L à prédominance non conjuguée, SGPT/SGOT : 23/63 UI/L, taux de prothrombine à 74% et des troponines Ic à 10 ng/ml. La tomodynamométrie cérébrale était normale. A ce stade le diagnostic de Purpura thrombotique thrombocytopénique était fortement suspecté et le traitement par des séances de plasmaphérese a été démarré. Néanmoins Un traitement par Céfotaxime et Aciclovir à dose méningée a été entamé empiriquement. L'IRM cérébrale a objectivé des lésions de rhomboencéphalite évoquant une listériose neuro-méningée associée à des lésions hémorragiques pétéchiales évoquant un purpura thrombotique thrombocytopénique. Malgré l'adaptation de l'antibiothérapie et des séances de plasmaphèreses bien conduites l'évolution était rapidement fatale, et le malade est décédé 48 h après son hospitalisation.

**Conclusion :** Devant tout signe neurologique associé à une anémie et une thrombopénie, l'hypothèse d'un PTT doit être évoquée. Son association avec certaines infections neuro-méningées n'est pas rare imposant une enquête microbiologique large.

## P010. ENCEPHALOMYELITIS AIGUE GRAVE DE BICKERSTAFF: « FRAPPER VITE ET FORT » POUR UNE GUERISON SANS SEQUELLES

Kamoun. M, Béji. O, Mejri. O, Hmouda. H.

*Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul – Sousse.*

**Introduction :** L'encéphalite du tronc cérébral ou encéphalite de Bickerstaff est une rare maladie neurologique acquise, post-infectieuse, associant ophtalmoplégie externe, ataxie, aréflexie des membres inférieurs, signe de Babinski et troubles de la conscience. C'est un diagnostic d'élimination qu'il faut évoquer devant un tableau clinique de méningo-encéphalite non infectieuse. Nous rapportons un cas clinique assez illustratif.

**Observation :** Une patiente âgée de 42 ans, diabétique au stade de complications dégénératives, ayant présenté 3 mois avant son hospitalisation une méningite d'allure bactérienne décapitée à germe non identifié avec toutefois la notion comme porte d'entrée vraisemblable une OMA. Elle a été traitée par une antibiothérapie probabiliste à base de céfotaxime d'une durée de 10 jours, La patiente aurait gardé comme séquelles des céphalées et un nystagmus négligé. Elle a présenté 2 mois plus tard un tableau d'aphasie transitoire, avec un examen neurologique et une TDM cérébrale normale n'ayant pas bénéficié d'explorations plus poussées. Un mois après cet épisode, elle a été hospitalisée en réanimation dans un tableau de coma profond avec décérébration (GCS à 4/15) faisant suite à un état de mal convulsif. L'examen neurologique retrouve des pupilles aréflexiques, absence du réflexe photo-moteur mais les autres réflexes du tronc étaient présents, un signe de Babinski bilatéral, des ROT abolis associés à une dysautonomie. La Ponction lombaire a ramené un liquide clair normotendu, (L=2 H=3), normoglucochorrachie, avec hyperprotéinorrhachie à 1 g/l. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. La TDM cérébrale en urgence est revenue sans anomalie. L'EEG a révélé une activité ralentie aréactive, présentant des périodes de dépression d'amplitude cadran avec une souffrance cérébrale sévère. A l'IRM cérébrale: hypersignaux FLAIR et diffusion du cortex occipital de façon bilatérale et symétrique. Le diagnostic d'encephalomyélite aiguë disséminée a été retenu. La patiente a reçu initialement des boli de 1g de methyl prednisolone sur 3 jours et à j 2, une cure de veinoglobulines à la dose de 2g/kg sur deux jours a été administrée sans retard. Un relai par prednisone 70mg/j à dose dégressive a été instauré. L'évolution initiale a été spectaculairement favorable avec dès J3 ouverture des yeux à la stimulation douloureuse, à j6 ouverture spontanée des yeux et réponse motrice à la stimulation et à j8 un score de Glasgow à 15/15. La patiente a gardé une neuromyopathie mixte entravant le sevrage de la ventilation artificielle. Elle est sortie au domicile, après 3 mois de réanimation avec uniquement une paraparésie progressivement régressive sous kinésithérapie. L'IRM de contrôle à j40 a montré une régression de l'atteinte avec des images séquellaires

**Discussion :** Le diagnostic d'ADEM repose sur un tableau clinique évocateur, les antécédents infectieux de la patiente, l'examen du liquide céphalo-rachidien (LCR) montrant une hyperprotéinorrhachie avec dissociation albumino-cytologique, et surtout l'IRM montrant des hypersignaux dans la fosse postérieure et la substance blanche.



L'encéphalite de Bickerstaff étant une forme grave et particulière d'ADEM avec atteinte du tronc cérébral. Le traitement optimal doit « frapper vite et fort » comportant des corticostéroïdes systémiques à forte dose parfois associé à l'immunothérapie par immunoglobulines intraveineuses (IgIV).

**Conclusion :** Malgré un tableau clinique sévère, l'évolution de l'encéphalite de Bickerstaff est en règle monophasique avec une rémission complète en six mois dans plus de la moitié des cas. Dans les autres cas, les séquelles peuvent être légères à sévères.

## P011. NEVRITE OPTIQUE RETROBULBAIRE REVELANT UN NEURO-SYPHILIS

M Bouzidi\*, S Bellakhal, A Mestiri, B Ben Kaab, A Souissi, F Derbel, MH Douggui.

*Service de médecine interne. Hôpital des Forces de Sécurité Intérieure - la Marsa.*

**Introduction :** La névrite optique rétrobulbaire (NORB) est un mode de révélation des pathologies inflammatoires du système nerveux central ainsi que de certaines pathologies infectieuses. La syphilis est une maladie sexuellement transmissible qui connaît depuis quelques années une réémergence. L'atteinte oculaire au cours de la syphilis se voit au cours de tous les stades de la maladie et accuse un grand polymorphisme.

**Observation :** Un homme âgé de 43 ans consultait en ophtalmologie pour une baisse progressive et bilatérale de l'acuité visuelle. L'examen ophtalmologique retrouvait une baisse importante de l'acuité visuelle cotée à « compte les doigts à un mètre » des deux côtés avec au fond d'œil une atrophie optique bilatérale. L'examen du champ visuel confirmait la présence d'un déficit visuel unilatéral. Les potentiels évoqués visuels montraient une augmentation de la latence de réponse de l'onde P100 plus marquée à droite. L'imagerie par résonance magnétique cérébrale montrait une discrète atrophie du chiasma optique sans autres anomalies significatives. Le diagnostic de NORB avait été alors retenu et le patient était adressé en médecine interne pour bilan étiologique. L'examen physique notait une éruption maculo-papuleuse érythémateuse du cuir chevelu et du dos. Le patient rapportait des rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples. La sérologie de la syphilis avait été alors demandée et était fortement positive. Les sérologies des hépatites virales B et C et celle du VIH étaient toutes négatives. L'étude du liquide céphalo-rachidien (LCR) avait montré une hypercellularité à 380 éléments à prédominance lymphocytaire. La sérologie de la syphilis dans le LCR était positive. La biopsie des lésions cutanées était compatible avec le diagnostic de syphilides cutanées. Le patient avait été traité par pénicilline G à la dose de 20 millions d'unités par jour pendant 15 jours avec amélioration des lésions cutanées mais sans véritable amélioration sur le plan visuel, le patient était par la suite perdu de vue.

**Discussion :** Nous soulignons à travers cette observation l'intérêt de la recherche des manifestations extra-oculaires au cours du bilan de toute NORB. La présence de signes cutanés évocateurs et la notion de comportement à risque chez notre patient ont permis l'orientation vers la syphilis. Les pathologies inflammatoires du système nerveux central en particulier la sclérose en plaques et le neuro-behçet représentent les principaux diagnostics différentiels en particulier chez le sujet jeune. Si les corticoïdes restent la pierre angulaire du traitement de la NORB au cours des maladies inflammatoires, ils risquent d'aggraver l'atteinte oculaire au cours de la syphilis.

**Conclusion :** Dans le contexte d'une augmentation récente de l'incidence de la syphilis, il faut évoquer cette maladie devant toute atteinte inflammatoire oculaire, y compris en l'absence de signes cliniques extra-oculaires.

## P012. ECLAMPSIE ET MORBIDITE MATERNOFOETALE A PROPOS DE 12 CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

F. Khalaf, C.Mrazguia, E.Fenina, A.Ajili.

*Service de gynécologie obstétrique, Hôpital régional de Nabeul*

**Introduction :** L'éclampsie est une complication obstétricale grave associée à une forte morbidité materno-fœtale. Le but de notre travail est d'étudier les circonstances diagnostiques, les modalités thérapeutiques et les complications materno-fœtales de l'éclampsie.

**Patientes et méthodes :** Etude rétrospective incluant tous les cas d'éclampsie pris en charge entre janvier 2010 et décembre 2013.

**Résultat :** Douze cas ont été inclus. L'âge moyen a été de 33 ans. Dix patientes ont présenté leur crise en dehors de notre maternité alors que deux autres ont été admises au moment des convulsions. Les facteurs de risque : la primiparité (70%) et une pré éclampsie (41%). L'éclampsie avait eu lieu en anté partum (10 cas) avec une extraction fœtale en urgence par césarienne, et en postpartum dans les 2 autres cas. Au moment de la crise d'éclampsie, 83,3% des patientes avaient une HTA (>16/10). 91% avaient une protéinurie à deux croix ou plus. 83% des patientes présentaient des prodromes à type de céphalées. Toutes nos patientes ont été mises sous antihypertenseurs et sulfate de magnésium ; 7 patientes avaient développé des complications, majoritairement un HELLP syndrome (4 patientes) et deux cas d'HRP. Toutes nos patientes ont été hospitalisées en réanimation pour une durée qui a varié de 24 heures à sept jours. Aucun décès maternel n'a été noté. Le poids de naissance moyen était de 2300 g avec 58% d'hypotrophie, 41% de prématurité induite, 66% d'hospitalisation en néonatalogie et un décès postnatal à J1.

**Conclusion :** L'éclampsie peut survenir chez des patientes bien suivies sans facteurs de risques. Un meilleur suivi prénatal devrait diminuer l'incidence et les complications de cette pathologie.

## **P013. SULFATE DE MAGNÉSIUM : QUELLE PLACE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA PRÉ ÉCLAMPSIE SÉVÈRE. ÉTUDE À PROPOS DE 48 CAS**

F.Khalaf, C. Mrazguia, E. Fenina, A. Ajili.

*Service de gynécologie obstétrique, hôpital régional de Nabeul*

**Introduction :** La pré-éclampsie représente l'une des premières causes de mortalité maternelle. Sa fréquence se situe entre 2,5% et 6,5% dans les grossesses à bas risque, et entre 20% et 25% chez les patientes à haut risque. Le but de cette étude est de préciser l'intérêt du sulfate de magnésium dans la prévention de la crise d'éclampsie.

**Patientes et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective intéressant 48 cas de pré-éclampsie sévère colligés durant l'année 2013 au service de gynécologie obstétrique de Nabeul.

**Résultats :** L'âge moyen de nos patientes était de 29,6 ans. La parité moyenne a été de 2,2. L'âge gestationnel moyen de survenue de la prééclampsie a été de 36,8 SA. 28 cas avaient des antécédents de pré-éclampsie. 30 cas présentaient une protéinurie importante supérieure ou égale à 3 croix. 20 cas avaient des signes neurosensoriels de pré éclampsie. 4 cas compliqués de HELLP syndrome et 6 cas compliqués d'hématome rétro placentaire. Toutes les patientes ont été mises sous sulfate de magnésium avec une dose de charge de 3g puis un entretien de 1g/h pendant 24 h après l'accouchement. Une patiente a présenté une crise d'éclampsie jugulée par clonazepam. Sept patientes ont présenté des effets secondaires mineurs liés au sulfate de magnésium à type de nausées et de vomissements. Six patientes ont présenté une augmentation des pertes sanguines en post-partum et 4 patientes ont présenté une inertie utérine. Aucun cas de surdosage au sulfate de magnésium n'a été rapporté dans notre étude. De même, nous n'avons observé aucun accident grave lié à l'utilisation de ce médicament.

**Conclusion :** Le sulfate de magnésium a une place importante dans la prise en charge de la pré-éclampsie sévère, il doit être initié sans retard. Il n'y a pas de consensus clair dans les essais randomisés publiés concernant la dose, la voie d'administration, ou la durée de traitement.

## **P014. L'ENCEPHALOPATHIE DE GAYET-WERNICKE : UNE COMPLICATION GRAVE DES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES INCOERCIBLES.**

D. Lakhdhar \*, Y. Blal ; I. Fathallah; A. Mrad; A. Benabderrahim; H. Maamouri; N. Kouraichi; H. Thabet; N. Brahm; M. Amamou.

*Service de Réanimation Médicale. Centre d'assistance médicale urgente. Tunis.*

**Introduction :** L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke est une pathologie neuropsychiatrique souvent fatale, liée à une carence en vitamine B1. Il s'agit d'une pathologie rare, essentiellement rencontrée chez les alcooliques ou les dénutris. Des cas d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke dans un contexte de vomissements gravidiques incoercibles ont été décrits. Elle se manifeste par une triade clinique : une confusion, des troubles oculomoteurs et une ataxie cérébelleuse. Le stade ultime est un coma flasque de mauvais pronostic.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 22 ans, primigeste, ayant dans antécédents d'infections urinaires récidivantes. Durant les premières semaines de la grossesse, elle a été hospitalisée à plusieurs reprises dans un hôpital régional pour vomissements gravidiques incoercibles. A 10 semaines d'aménorrhée elle été hospitalisée pour un sepsis secondaire à une pyélonéphrite gauche obstructive ayant nécessité un geste de montée de sonde JJ. La patiente a présenté en post opératoire un flou visuel avec diplopie puis une cécité bilatérale. De façon concomitante altération progressive de l'état neurologique. L'examen ophtalmologique avec un FO était sans particularité. L'imagerie cérébrale par résonance magnétique a montré un hyper signal FLAIR des corps mamillaires évoquant l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Malgré la supplémentation vitaminique entamée, l'évolution a été fatale.

**Discussion :** L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke est une pathologie liée à une carence en vitamine B1. Histologiquement, elle correspond à une nécrose, avec prolifération capillaire, pétéchies, gliose situées dans les régions périaqueducales, le plancher des IV<sup>ème</sup> et III<sup>ème</sup> ventricules, le thalamus ou le cervelet. Le siège des lésions rend compte de la sémiologie (noyaux oculomoteurs, voies cérébelleuses) et des conséquences d'une éventuelle aggravation (extension hypothalamique, troubles neurovégétatifs) responsables de lourdes séquelles ou du décès.

Le diagnostic doit être posé au début devant un seul des signes suivants et a fortiori en présence de leur association : Syndrome confusionnel, Signes oculomoteurs, et signes cérébelleux. Le traitement est urgent, se base sur la supplémentation en vit B1 : à raison de 1000-1200 mg/j

**Conclusion :** L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke chez la femme enceinte est une pathologie méconnue souvent sous-diagnostiquée. Il faut l'évoquer devant la présence de signes neurologiques associés à des vomissements gravidiques prolongés. La supplémentation vitaminique doit être entamée précocement afin d'éviter la survenue des complications neurologiques et le décès.

## P015. CRITICAL ILLNESS NEUROMYOPATHY: RISK FACTORS AND IMPACT ON OUTCOME

O Mejri, T Marhbène, A Jamoussi, K Ben Romdhane, J Ben Khelil, K Belkhouja, M Besbes.

*Service de Réanimation médicale - Hôpital A. Mami – Ariana*

**Background:** Critical illness neuromyopathy (CINM) is the most frequent neurological pathology observed in ICU. Factors associated with CINM development are often complex and multitudinous. It induces an increase in morbidity mortality and length of stay.

The purpose of the study was to evaluate the hypothetical risk factors possibly related to the onset of CINM, and to highlight the effects on outcome of this neurological disorder.

**Methods:** We performed a single-center, retrospective analysis on historical records of 35 patients with CINM admitted to our intensive care unit between January 2009 and August 2014. Patients' characteristics and clinical course were analyzed. CINM was diagnosed based on the Medical Research Council (MRC). Patients who had CINM (35 cases) were matched 1:2 to randomly selected controls who were patients admitted to our ICU during the study period. Controls were selected in such a way that the distributions of case patients and control patients were similar over the dates of hospitalization. The controls were selected from the population of patients who was negative for CINM.

**Results:** Between the study periods, a total of 35 patients in ICU were identified with CINM. They were randomly matched to 35 controls. The demographic data were similar between the two groups. Median MRC score was 16 in cases group (2-38) and 54 in controls (48-60). Median IGS II score was 45 in patients with CINM and 41 in controls group;  $p = 0.44$ . The case patients were more likely receiving sedation (49.2% versus 11.1%,  $p = 0.038$ ), and receiving parenteral feeding (65% versus 29.3%,  $p = 0.03$ ). Case patients were more likely to develop pressure ulcers (62.5% versus 28.9%,  $p = 0.005$ ) and bacteriemia (80.8% versus 22.7%,  $p < 0.001$ ). A longer ICU stay was observed in the cases group with a median of 31 days (11-120) versus 21 days in controls (3-98)  $p = 0.003$ . Cases were more likely to sustain longer mechanical ventilation with a median of 31 days (5-95) versus 20 days in controls (3-75);  $p = 0.008$ . The ICU mortality rate was similar in two groups (17 patients (42.5%) in case group versus 23 patients (57.5%) in control group;  $p = 0.72$ )

**Conclusion:** Our study suggests that sedation and parenteral nutrition are risk factors for CINM. In addition to prolonging mechanical ventilation and ICU stay, CINM increases pressure ulcers risk in survivors of critical illness, and seems to be associated with higher rates of bacteriemia. However it doesn't seem to affect mortality.

## P016. INCIDENCE ET RETENTISSEMENT DE L'HYPERGLYCEMIE SUR LES TRAUMATISES CRANIENS ADMIS AUX URGENCES

Rejeb I, Chakroun O, Chtara K, Nasri A, Ksibi H, Bakloul M, Bouaziz M, Rejik N.

*Service des urgences et SAMU - Service de réanimation polyvalente, CHU Habib Bourguiba Sfax.*

**Introduction :** En neuroréanimation, l'hyperglycémie semble être liée à une augmentation de la durée de séjour, des infections et à un mauvais pronostic. L'objectif glycémique reste controversé, l'insulinothérapie intensive (objectifs glycémiques entre 4,5 et 6 mmol/l) est associée à une surmortalité. Chez le traumatisé crânien, la baisse de la glycémie systémique semble favoriser une glucopénie cérébrale. L'objectif de notre étude est de décrire les paramètres associés à l'hyperglycémie initiale ainsi que son impact sur le pronostic des traumatisés crâniens.

**Patients et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective déroulée sur l'année 2012 dans l'UHCD du service des urgences et SAMU du CHU Habib Bourguiba de Sfax. Nous avons inclus tout les patients ayant présenté dans leur bilan lésionnel un traumatisme crânien. La glycémie initiale a été notée pour tous les patients à côté des paramètres sociodémographiques, cliniques, para-cliniques et pronostiques.

**Résultats :** Nous avons inclus 255 patients. L'âge moyen est de  $32,2 \pm 17,6$  ans avec une nette prédominance masculine (sex-ratio de 6,2) et dont 5,5% étaient diabétiques. Les accidents de circulations ont été les circonstances les plus incriminées soit dans 83,5%. En pré hospitalier, 40,8% des patients ont été ramenés par le SAMU. Sur le plan clinique, 40,8% sont admis intubés et 16,9% en état de choc. Le SCG a été en moyenne de  $9,1 \pm 4,6$  points, 5,1% ont été en mydriase bilatérale, 6,7% en anisocorie, 2,7% avec des convulsions et 1,2% avec des signes de localisations. L'AIS tête et cou a été en moyenne de  $3,6 \pm 0,9$ . La glycémie à l'admission a été  $8,8 \pm 4,6$  mmol/l. En analyse multivariée, aucun facteur n'a été associé à l'hyperglycémie qui était sans impact sur la mortalité dans le groupe des patients diabétiques. Dans le groupe des non diabétiques, la baisse du pH et du taux de bicarbonates ont été associés à la survenue d'une hyperglycémie de stress ( $p=0,01$  pour chacun). Elle a été, par ailleurs, un facteur prédictif de mortalité avec  $p < 0,001$ .

**Conclusion :** Malgré son caractère rétrospectif et l'absence de protocole de contrôle glycémique, nous avons toutefois montré que l'hyperglycémie à l'arrivée aux urgences est associée à la présence d'une acidose. C'est également un facteur de mauvais pronostic dans le groupe des patients non diabétiques.

## P017. L'ENCEPHALOPATHIE PANCREATIQUE EN MILIEU DE REANIMATION:DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

D Zaabar, M Lassoued , Y Mlaiki , I Chaieb, S Guellim, A Lika, N. ben Abdelkader, MM Kharrat, MH Barhoumi.

*Service d'Anesthésie et de Réanimation, Hôpital Ibn Jazzar, Kairouan*

**Introduction :** L'encéphalopathie pancréatique traduit une variété de symptômes neuropsychiatrique qui viennent compliquer le tableau de PA. Elle se manifeste par un statut mental fluctuant, désorientation, confusion, dysarthrie, hallucination et même un état comateux. Les symptômes apparaissent souvent entre le 2<sup>ème</sup> et le 5<sup>ème</sup> jour. Des cas d'encéphalopathie pancréatique ont même été diagnostiqués après un mois d'un épisode de PA. A travers une observation d'une encéphalopathie pancréatique, on va insister sur les critères diagnostiques de cette entité ainsi que les moyens thérapeutiques proposés dans la littérature.

**Observation :** Il s'agit d'une patiente de 77 ans, hypertendue et qui s'est présentée à nos urgences en état de choc inexplicable. L'interrogatoire révèle que 3 jours avant son admission, la patiente a présenté un trouble de comportement à type de délire de persécution et agitation. L'évolution a été marquée par l'installation d'un état confusionnel nécessitant son transfert à nos urgences où l'examen trouve une patiente confuse, TA : 80/40 mmHg ; FC à 130 bpm, froideur et marbrures des extrémités ; polypnée, râles sibilants diffus et légère sensibilité péri ombilicale. Le bilan fait à notre service a conclu à une pancréatite aigue grave, avec un score de Ranson à 4 à l'admission et classée E selon la classification de Balthazar. L'évolution était marquée par la persistance d'un état confusionnel, compliqué d'un coma, malgré la stabilisation de son état hémodynamique par un remplissage adéquat et l'administration de médicaments vasoactifs. Une TDM cérébrale a objectivé un oedème cérébral diffus.

**Conclusion :** L'encéphalopathie pancréatique, décrite auparavant comme complication rare de la PA est de plus en plus rapportée. L'importance de la mortalité qui lui est associée impose un diagnostic précoce et une prise en charge énergique et appropriée.

## P018. UN AUTRE JOUR AU TRAVAIL: COUP DE CHALEUR D'EXERCICE.

K Zaouche, K Majed, Mh Khelil, A Chargui, N Meghaieth, H Maghraoui, C.Hammouda, N Borsali-Falfoul.

*Service des Urgences. Hôpital la Rabta. Faculté de Médecine de Tunis.*

**Introduction :** Le coup de chaleur est une urgence médicale. Il est conséquent à une thermorégulation réduite et est observé principalement lors des vagues de chaleur estivales. Nous présentons le cas d'un patient ayant consulté pour céphalée au décours d'une journée de travail.

**Observation :** Un homme de 55 ans a été ramené le 19 juin à l'hôpital régional de Siliana, aux urgences pour des céphalées. C'était un agriculteur qui se plaignait de céphalées frontales intenses invalidantes et persistantes apparues à la fin de la journée en rentrant chez lui, évoluant depuis 24h avant la consultation. A Siliana, une TDM cérébrale sans injection de produit de contraste ainsi qu'un fond d'œil ont été effectués se révélant sans anomalies. L'examen aux urgences trouve un patient ayant un teint hyperhémique, agité et très algique La température était à 39°C. Le Glasgow était à 15/15. Il y avait une raideur de la nuque. Des signes de déshydratation extracellulaire ont été objectivés. L'examen de la gorge était normal. L'examen pleuropulmonaire, cardiovasculaire ainsi qu'abdominal était sans anomalie. Il n'y avait pas de lésions cutanées.

A la biologie, on a retrouvé une thrombopénie à 17.000, des globules blancs à 6710 elt/mm<sup>3</sup>, une CRP à 213 mg/l, une insuffisance rénale avec une créatinine à 37 mg/l et une urée à 1,10 g/l. Ainsi qu'une acidose métabolique à trou anionique augmenté. Cette présentation clinico-biologique concordait avec le diagnostic de coup de chaleur ou de méningite bactérienne. Cependant, la ponction lombaire n'ayant pu être faite devant la thrombopénie profonde, le patient a été mis sous antibiothérapie à dose méningée, une réhydratée à raison de 5 litres de sérum physiologique et des antalgiques ont été administrés. Au 3<sup>ème</sup> jour, lors de l'ascension du taux de plaquettes à 84.000 nous avons pu faire la ponction lombaire qui a écarté le diagnostic de méningite. Nous avons arrêté les antibiotiques et continué à réhydrater le patient. Au 6<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation, le bilan biologique s'est normalisé. Le patient était parfaitement asymptomatique. Il a été mis sortant.

**Discussion :** Le diagnostic de coup de chaleur est posé sur l'association des 3 critères : une exposition à une atmosphère chaude, une hyperthermie centrale (fièvre) et une encéphalopathie qui est souvent d'installation brutale allant des céphalées jusqu'aux convulsions et au coma. L'insuffisance rénale, la thrombopénie et souvent une insuffisance hépatique associée viennent conforter le diagnostic. Cependant aucun de ces symptômes n'est spécifique. Dans notre cas, les céphalées et la raideur de la nuque dans un contexte de fièvre faisaient évoquer une infection neuro-méningée. La procalcitonine, dont le dosage n'est pas encore disponible dans notre hôpital aurait été dans ce cas un argument important pouvant exclure l'origine bactérienne et conforter donc le diagnostic de coups de chaleur.

**Conclusion :** Le coup de chaleur d'exercice est un diagnostic différentiel devant les suspicions de méningites aux urgences. La procalcitonine pourrait être d'une forte aide diagnostique.

## **P019. ACCIDENT D'ÉLECTRISATION ET HÉMORRAGIE CÉRÉBRO MENINGÉE : A PROPOS D'UN CAS.**

A.Lika ; N.Ben Abdalkader ; M.Lassoued ; MH.Barhoumi ; MM.Kharrat.

*Service d'anesthésie réanimation - CHU Ibn Jazzar – Kairouan.*

**Introduction :** Les accidents d'électrification surviennent principalement au domicile ou dans des circonstances professionnelles. Des lésions parfois très graves doivent être suspectées malgré un examen initial parfois rassurant. Ses spécificités se traduisent d'une part par la destruction du revêtement cutané, mais également par les effets directs ou indirects du courant électrique sur tout tissu de l'organisme rencontré lors de son passage, en particulier le tissu nerveux. Les manifestations neurologiques centrales sont nombreuses, en relation avec les effets de l'électricité sur le parenchyme cérébral. Nous rapportons l'observation d'un patient victime d'une électrification occasionnant une hémorragie cérébro-méningée sans traumatisme crânien évident.

**Observation :** Un patient âgé de 27 ans, sans antécédent pathologique connu a été victime d'un accident d'électrification par un courant de bas voltage survenu lors de la manipulation d'un moteur de puits. L'examen initial trouve un patient conscient, bien orienté, pas de déficit moteur, pas de point d'impact crânien et des pupilles intermédiaires réactives. L'Etat hémodynamique était stable. L'Auscultation cardio-pulmonaire était normale. Le point d'entrée se situait à la face dorsale de la main droite en regard de la tabatière anatomique alors que le point de sortie se situait à la face dorsale 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> doigts gauches. L'électrocardiogramme était sans anomalie. La radiographie thoracique a objectivé un pneumothorax droit total incomplet. Le taux de troponine initial était de 0,15 µg/l. La conduite à tenir initiale a consisté à poser une voie veineuse périphérique, une perfusion de sérum physiologique et un drainage thoracique avec une surveillance stricte. Une heure après, le patient a présenté une altération de l'état de conscience avec installation d'une mydriase bilatérale aréactive. Le scanner cérébrale fait en urgence a montré un hématome sous dural aigu fronto pariétal gauche, une hémorragie méningée, un foyer de contusion hémorragique temporal gauche et un engagement sous falcoriel, temporal et central. L'indication neurochirurgicale a été refusée par les neurochirurgiens et on a continué la neuroréanimation avec régression de la mydriase bilatérale. L'examen à h48 : Les pupilles étaient intermédiaires et aréactives avec stabilité hémodynamique. Le scanner cérébral de contrôle a montré la stabilité des lésions initiales.

**Conclusion :** Les hémorragies cérébro-méningées sont des manifestations neurologiques centrales bien documentées en post-foudroiement. Cependant, lors des accidents d'électrification, le mécanisme physiopathologique est parfois difficile à identifier: accident d'électrification vrai ou conséquence d'un traumatisme crânien souvent associé.

## **P020. L'ENCÉPHALITE RABIQUE : À PROPOS D'UN CAS**

S.Gammas, S.Bouزيد, S.Amich, Z.Mezgar, M.Methamem.

*Services des urgences Farhat Hached*

**Introduction :** La rage est une zoonose d'origine virale que l'on trouve chez les animaux domestiques et sauvages. Elle se transmet à d'autres animaux ou à l'être humain par la salive (par les morsures, les griffures, le léchage sur une excoriation cutanée ou par les muqueuses). Une fois les symptômes de la maladie sont apparus, l'issue est fatale chez l'animal comme chez l'homme.

**Observation :** Il s'agit d'un patient âgé de 70 ans, sans antécédent. Il consulte aux urgences Farhat Hached pour une agitation évoluant depuis un jour avec fièvre. Il rapporte la notion de griffure par un chien non connu il y a un mois, sans prophylaxie antirabique. A l'examen, le patient était agité, confus et fébrile à 39°C. Il était stable sur le plan hémodynamique et respiratoire sans déficit moteur ni syndrome méningé. A la biologie : Leucocytes à 10500/mm<sup>3</sup>. La ponction lombaire ramène un liquide clair renfermant 10 éléments blancs avec normo-glucorachie. La protéinorachie a été de 0,6 g/l. L'examen direct est négatif. L'examen cyto bactériologique des urines était sans particularité et la radiographie thoracique était sans anomalie.

Le diagnostic d'une méningo-encéphalite virale était suspecté. Le malade a été admis au service de médecine interne. Il a été mis sous aciclovir. L'évolution a été marquée par le décès brutal après 5 heures de son admission. Une biopsie cérébrale post-mortem a confirmé le diagnostic de l'encéphalite rabique.

**Conclusion :** L'encéphalite rabique est toujours mortelle en l'absence de traitement post-exposition. La prévention est le seul traitement efficace.

## **P021. RAGE HUMAINE: UN DIAGNOSTIC À NE PAS MÉCONNAÎTRE !**

Bousselmi J, Akremi S, Barguaoui A, Sebai S, Jaoua H, Ben Fadhel K.

*Service d'Anesthésie Réanimation. Hôpital Habib Thameur. Tunis*

**Introduction:** La rage humaine est une maladie rare mais grave. Ce diagnostic est toujours à évoquer devant une encéphalite non étiquetée.

**Cas clinique:** Mme XX, 33 ans, sans antécédents, présentait depuis 2 semaines une polyradiculonévrite d'évolution ascendante avec troubles de la déglutition et fièvre. La PL avait montré une dissociation albumino-cytologique. L'ensemble avait évoqué un syndrome de Guillain-Barré. Elle nous a été adressée secondairement pour convulsions et coma. Elle a été intubée, sédaturée et ventilée. Une encéphalite virale a été suspectée. Une IRM cérébro-médullaire a été pratiquée, normale. La patiente a été mise sous traitement antiviral, antibiotique à large spectre et antifongique, sans amélioration. L'évolution est marquée par l'abolition de tous les réflexes du tronc. Un scanner cérébral a été pratiqué, normal. L'EEG a montré des signes non spécifiques d'encéphalite, et l'EMG a trouvé une polyneuropathie sensitivomotrice axonale. La reprise de l'interrogatoire a montré que la patiente avait présenté au cours de l'évolution une hydrophobie. Le diagnostic de rage a été suspecté, malgré l'absence de notion et de trace de morsure à l'examen. Du LCR a été prélevé pour le diagnostic de rage par immunofluorescence, négatif. Le personnel soignant a été avisé de la suspicion diagnostique et les mesures d'hygiène adéquates ont été prises. L'évolution s'est faite rapidement vers le décès dans un tableau de troubles neurovégétatifs. La confirmation du diagnostic de rage a été réalisée en post-mortem par immunofluorescence directe sur tissu cérébral. Une campagne de vaccination de toutes les personnes ayant réalisé des gestes de soins auprès de cette patiente a été réalisée.

**Discussion:** Nous rapportons un cas de rage humaine dont le tableau est trompeur. Cette présentation clinique mimant une neuropathie a été retrouvée dans la littérature [1] et le diagnostic a été souvent tardif. Il s'agit de la rage dite paralytique [2]. L'absence de trace de morsure évidente peut être expliquée par la période d'incubation pouvant être très longue [3], et la transmission pouvant se faire autrement que par une morsure (contact avec des chauves-souris). Les nouvelles techniques de mise en évidence de l'ARN viral par PCR sont d'une aide précieuse pour le diagnostic anté-mortem [4], qui reste difficile. Des campagnes de vaccination des sujets-contact ont été décrites dans la littérature [5] et sont justifiées par le mode de transmission et la gravité de la maladie.

**Conclusion :** Malgré sa rareté, la rage humaine est un diagnostic gravissime auquel il faut penser, même devant des tableaux cliniques peu évocateurs

## THEME RESPIRATOIRE

### P022. FACTEURS PRONOSTIQUES DES DECOMPENSATIONS AIGUES DES BRONCHOPNEUMOPATHIES OBSTRUCTIVE CHRONIQUES HOSPITALISES EN REANIMATION

J. Guissouma, H. Brahmi, H. Ghadhoun, M. Fatnassi\*, S. Souissi, M. Samet, H. El Ghord.

*Service de réanimation médicale; Hôpital Habib Bougatfa Bizerte.*

**Introduction :** Les décompensations aiguës de BPCO marquent un tournant dans l'évolution de la maladie respiratoire et elles sont responsables de surmortalité et d'augmentation des coûts de santé. Outre la fonction respiratoire; la fréquence, la sévérité des exacerbations et les comorbidités ont été récemment soulignés comme facteurs de survie.

**But du travail :** Nous nous sommes proposés d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, évolutives des patients hospitalisés en réanimation pour décompensation de BPCO afin de dégager les facteurs prédictifs de recours à la ventilation mécanique invasive (VI) et de mortalité.

**Méthodes :** Une étude rétrospective monocentrique a été menée sur une période de 3 ans, incluant tous les patients hospitalisés en réanimation (pendant une durée supérieure à 48 heures) pour décompensation de BPCO. Le diagnostic a été retenu sur la variation aiguë de l'état clinique habituel avec exacerbation des symptômes.

**Résultats :** Nous avons colligé 39 épisodes chez 35 patients. L'âge moyen était de  $66 \pm 8$  ans avec une nette prédominance masculine (sex-ratio=4,5). L'IGSII moyen était de  $36 \pm 12$ . L'APACHE II moyen était de  $18 \pm 6$ . Trente patients étaient tabagiques. Parmi les comorbidités : l'HTA, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance coronarienne sont les plus fréquentes avec des taux respectifs à 41%, 28% et 23%. 14 patients avaient des antécédents d'hospitalisation en réanimation avec recours à la VI dans 6 cas. L'étiologie de la décompensation était principalement une infection broncho-pulmonaire (71%). Les valeurs moyennes du pH, de la  $\text{PaCO}_2$ , des bicarbonates, de la  $\text{PaO}_2$  et de la  $\text{SaO}_2$  étaient respectivement : 7,27; 88; 40; 68 et 85%. Deux patients avaient un état de choc à l'admission. Le GCS moyen était de  $12 \pm 3$ . Les valeurs moyennes de la glycémie, de la natrémie, de la kaliémie et de la créatinémie étaient respectivement 1,7 g/l; 143 mEq/l ; 4,7 mEq/l et 95  $\mu\text{mol/l}$ . On a eu recours à la VI chez 35,9% des patients. La durée moyenne de la VI était de 8 jours et la durée de séjour de 9 jours. La mortalité était de 17,9%. En analyse univariée 4 facteurs sont identifiés comme prédictifs de recours à la VI: les scores de gravité (IGS II et APACHE II), la créatininémie et la  $\text{PaO}_2$  à l'admission mais en analyse multivariée aucun de ces facteurs n'a été retenu. Par ailleurs, la natrémie et la créatininémie ont été identifiés comme 2 facteurs indépendants liés au décès en analyse univariée et multivariée.

**Conclusion :** Dans la littérature : l'âge, les scores de gravité, les comorbidités, les antécédents d'hospitalisation en réanimation, la notion de bon suivi et l'adhérence au traitement sont des facteurs déterminants dans l'évolution des patients hospitalisés pour décompensation de BPCO. Dans notre étude, certains facteurs de mauvais pronostic n'étaient pas attendus (la natrémie et la créatininémie). Ceci est probablement dû au fait que notre échantillon est petit d'où l'intérêt de réaliser de nouveaux travaux avec des échantillons plus importants.

### P023. INSUFFISANCE RENALE AIGUE ET MORTALITE DES BPCO EN DECOMPENSATION

Jaoued O\*, Ben sikali H, Mateur H, Gharbi R, Fekih Hassen M, Elatrous S.

*Hôpital Taher Sfar Mahdia, Service de réanimation médicale.*

**Introduction :** Des données récentes montrent que 22% des patients atteints de BPCO en décompensation présentent une insuffisance rénale aiguë (IRA). Toutefois, l'impact de cette IRA sur la mortalité reste peu étudié.

**Objectifs :** Déterminer l'impact de l'IRA à l'admission dans la prédiction de la mortalité au cours des BPCO en décompensation.

**Matériels et Méthodes :** C'est une étude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Tahersfar de Mahdia. Tous les patients BPCO hospitalisés en réanimation entre janvier 2011 et janvier 2013 et présentant à l'admission une IRA, définie par une élévation de plus de 46,5  $\mu\text{mol/l}$  de la créatinémie de base étaient inclus dans cette étude. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques, les co-morbidités, le score de gravité IGSII, la cause de décompensation, le type de l'IRA, le recours à l'épuration extrarénale, la durée de ventilation mécanique, la durée de séjour en réanimation et à l'hôpital et la mortalité en réanimation.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, 102 patients d'âge moyen  $74 \pm 10$  ans et avec un SAPSII moyen à  $40 \pm 17$  étaient inclus. La trachéo-bronchite était la cause la plus fréquente de décompensation (48% des cas). L'insuffisance rénale était de type fonctionnel dans 76,5% des cas. Une épuration extrarénale était instaurée dans 7,8% des cas. Cinquante neuf patients étaient ventilés par une VNI. La mortalité était de 27,5%. En analyse multivariée, les

facteurs prédictifs de mortalité étaient: le score de gravité SAPSII (OR : 1,042 , IC95% (1,006-1,079) ; p= 0,021), le recours à une épuration extrarénale (OR : 12,315 , IC95% (1,259-120,5) ; p= 0,03) et l'absence d'une infection nosocomiale (OR: 0,133 , IC95% (0,042-0,422) ; p= 0,01).

**Conclusion :** La présence d'une insuffisance rénale aiguë nécessitant une épuration extrarénale constitue un facteur prédictif de mortalité des BPCO hospitalisées en réanimation pour décompensation.

## **P024. L'ASTHME AIGU EN MILIEU DE RÉANIMATION À PROPOS DE 50 CAS : PROPOSITION DE NOUVELLES MODALITÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES**

I. Chouchene\* ; A. A.kheder ; R.bouneb ; J.Baroudi ; S. Bouchoucha.

*Réanimation médicale, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie.*

**Introduction :** Les formes aiguës de la maladie asthmatique soulèvent de nombreux problèmes:

Leur prévalence paraît suivre une évolution paradoxalement inverse à celle de la maladie asthmatique en constante progression. Leur expression clinique comporte un large éventail de gravité qui en l'absence d'échelle validée d'évaluation rend difficile la comparaison des études. Cette gravité est surtout imprévisible et peut chez certains patients dont le profil est encore mal cerné, aboutir à un décès brutal dans des délais très courts ne permettant pas d'intervention thérapeutique. Les modalités de prise en charge de l'asthme aigu sont l'objet de protocoles qui ne sont pas encore bien codifiés. Ce travail vise à déterminer les modalités de prise en charge qui ont été à l'origine de l'amélioration de la morbi-mortalité de l'asthme aigu, en particulier l'approche diagnostique et thérapeutique appliquées dans le service de médecine intensive du CHU Farhat Hached de Sousse depuis plus de 15 ans.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective de 50 épisodes d'asthme aigu pris en charge de 2001 à 2013 au service de médecine intensive du CHU FarhatHached de Sousse.

**Résultats :** Notre analyse révèle une mortalité nulle et une morbidité réduite (2 pneumo médiastins, 1 pneumopathie d'inhalation et 3 extubations accidentelles) avec des durées moyennes de ventilation mécanique de  $26,4 \pm 18,2$  heures et de séjour en réanimation à 3,5 jours. Ces résultats sont le fruit d'un protocole fortement allégé par rapport aux recommandations internationales dont les principales composantes sont: une intubation trachéale plus précoce avec une ventilation mécanique en mode volume assisté contrôlé conventionnelle sans hypercapnie permissive et un drainage bronchique destiné à assurer la liberté des voies aériennes et des récepteurs bronchiques. L'usage d'une sédation non plus systématique et continue mais plutôt intermittente permettant de réduire les complications neuromusculaires et celles d'une ventilation invasive prolongée cette approche a permis d'alléger significativement le traitement de l'asthme aigu en réanimation en limitant les drogues aux corticoïdes et aux bronchodilatateurs et en évitant les effets délétères de l'hypercapnie permissive.

**Conclusion :** Les nouvelles modalités de prise en charge de l'asthme aigu grave en réanimation proposées à travers notre travail paraissent être à l'origine d'une évolution rapide et favorable. Ces données nécessitent d'être validées à travers des études prospectives et multicentriques.

## **P025. LE SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUË CHEZ LES POLYTRAUMATISÉS, MINIME A SEVERE: ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE**

F Medhioub; K Rgaieg; A Chaari; H Ben Hammed; K Mnif; R Allela; C Ben Hamida; M Bahloul; H Chelly; M Bouaziz.

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

**Introduction :** Le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) est la forme la plus sévère d'insuffisance respiratoire aiguë secondaire à l'atteinte de l'intégrité de la membrane alvéolo-capillaire. C'est une pathologie fréquente en réanimation. L'objectif de notre étude est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques du SDRA mineure à sévère chez les patients hospitalisés en réanimation pour un traumatisme thoracique isolé ou dans le cadre de polytraumatisme.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant entre 01/01/2013 et 20/08/2013. Elle a inclus 15 patients hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Sfax pour un traumatisme thoracique isolé ou dans le cadre d'un polytraumatisme et qui ont présentés un tableau de SDRA définie selon les critères de Berlin.

**Résultats :** Durant notre période d'étude, 80 patients ont été hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Sfax pour un traumatisme thoracique isolé ou dans le cadre d'un polytraumatisme dont 15 ont présenté un tableau de SDRA (18,7%). Ces 15 patients ont eu en commun un tableau de SDRA en post traumatique immédiat, une détresse respiratoire non expliquée par une défaillance cardiaque ou une surcharge volumique et des opacités pulmonaires en rapport avec des foyers de contusion. Un tableau de SDRA mineur a été noté chez 46,7%, SDRA modéré chez 33,3% et SDRA sévère chez 20% des cas. L'âge moyen des patients a été de  $37,8 \pm$



13 ans avec une prédominance masculine (sexe ratio égal à 14). Le SAPS II a varié de 12 à 62 points avec une moyenne de  $33 \pm 11,7$  points. Un état de choc à l'admission a été noté chez 46,7% des cas. Le pH moyen a été de  $7,36 \pm 0,1$ . La PaCO<sub>2</sub> moyenne a été de  $39,6 \pm 8,4$  mmHg. La PaO<sub>2</sub> moyenne a été de  $99 \pm 28,9$  mmHg. Le taux de HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> moyen a été de  $22,1 \pm 3,6$  mmol/l. La SaO<sub>2</sub> moyenne a été de  $95,9 \pm 5,9\%$ . Le rapport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> moyen était de  $172,4 \pm 63$  mmHg. Tous les patients ont été ventilés selon le mode VAC. La pression de plateau moyenne était de  $24,8 \pm 5,7$  cmH<sub>2</sub>O. La compliance pulmonaire moyenne était de  $31,3 \pm 4,9$  ml/cmH<sub>2</sub>O. La durée totale de ventilation mécanique était de  $14,9 \pm 15,7$  jours. Une PASVM a été rencontré chez 60% des cas. La durée moyenne de séjour en réanimation a été de  $20,7 \pm 19,4$  jours. La mortalité a été de 26,7%.

**Conclusion :** La contusion pulmonaire couramment observée chez les patients présentant un traumatisme thoracique est un facteur de risque important de développement d'un SDRA. Un diagnostic précoce et une prise en charge rapide en unités de soins intensifs améliorera le pronostic.

## **P026. HÉMORRAGIE INTRA-ALVEOLAIRE MASSIVE, SDRA ET INSUFFISANCE RENALE REVELANT UNE MALADIE DE WEGENER**

F. Ghzaïel\* ; YZ. Elhechmi ; H. Fredj ; MA. Chérif ; S. Habasha ; A. Mabrouki ; Z. Jerbi.

Département Urgences Réanimation - CHU Habib Thameur - Tunis

**Introduction :** La survenue d'une hémorragie intra-alvéolaire au cours des maladies systémiques est un événement rare, mais représente une urgence thérapeutique. En effet elle peut conduire rapidement vers une insuffisance respiratoire aigue asphyxiante avec décès (entre 20% et 100% de mortalité en l'absence de traitement). Le pronostic est en grande partie lié à la précocité du diagnostic et au degré d'insuffisance rénale, il est largement amélioré par le traitement corticoïde et immunosuppresseur.

**Cas Clinique :** Nous rapportons l'observation du patient M.M âgé de 38 ans tabagique suivi depuis un an pour épistaxis, acouphènes et vertiges admis à notre département pour hémoptysie, polyarthralgies, asthénie profonde et amaigrissement non chiffré. L'examen initial objective un patient polypneique à 30 cycles /mn, une SpO<sub>2</sub> à 96% sous 5L d'O<sub>2</sub>, des râles crépitants diffus à l'auscultation pulmonaire; une tachycardie à 110bt/mn, présence d'angiomes plans au niveau des deux coudes et des 2 membres inférieurs et une ulcération au niveau de la pointe de la langue. Au labstix : Ht +++ ; Pt ++. A la biologie on trouve une insuffisance rénale sévère avec une clairance à 23ml/min, une anémie à 5,8 g/dl, une hyperleucocytose à 13260 e/mm<sup>3</sup> et des plaquettes à 126000 e/mm<sup>3</sup>.

Une hémorragie alvéolaire massive à été confirmée par la tomодensitométrie thoracique. Devant ce tableau une maladie de Wegener a aussitôt été confirmée par des cANCA positifs. L'évolution a été marquée par une aggravation vers un syndrome de détresse respiratoire aigue ; le patient a été intubé, monitoré par PiCCO. L'indice de l'eau pulmonaire extravasculaire était à 24 ml/kg. Devant l'installation d'une insuffisance rénale rapidement progressive, plusieurs séances d'hémodialyse ont été effectuées. Il a reçu 3 bolus de méthyl prednisolone relayés par la Prednisone à raison de 1 mg /Kg/j et suivis d'une première cure de Cyclophosphamide. Il a été également transfusé et a reçu du PFC suite à un approfondissement de son anémie, et des troubles sévères de l'hémostase. Le patient a présenté une pancytopenie qui s'est progressivement corrigée. L'hémorragie alvéolaire s'est tarie et le patient est sorti de son SDRA avec reprise d'un état de conscience normal.

Après la deuxième cure d'immunosuppresseur, le patient a présenté de nouveau une pancytopenie et une altération progressive de l'état hémodynamique dans le cadre d'un choc septique. Il décède dans un tableau de choc septique après 27 jours d'hospitalisation.

**Conclusion :** Une bonne analyse sémiologique clinique et des examens paracliniques relativement simples permettent de cerner rapidement la majorité des causes des hémorragies intra-alvéolaires, notamment par la mise en évidence d'un syndrome pneumo-rénal fortement évocateur d'une origine auto-immune. Cependant, en dépit de la gravité du tableau clinique et malgré le succès du traitement de l'hémorragie alvéolaire, du SDRA et de l'insuffisance rénale, notre cas montre que les thérapeutiques utilisées, en particulier les immunosuppresseurs, peuvent être aussi nocives avec des effets secondaires non négligeables qu'il convient de bien peser surtout pour les malades de réanimation. Pour la maladie de Wegener, plusieurs protocoles thérapeutiques sont proposés dans la littérature mais aucun n'est réellement adapté pour le milieu de réanimation.

## **P027. UTILISATION D'UN INDICE GAZOMETRIQUE SIMPLE POUR PREDIRE LE RECOURS A L'INTUBATION DANS LES PNEUMOPATHIES AIGUES COMMUNAUTAIRES.**

A.Zoubli, YZ.Elhechmi, F.Siala, MA.Chérif, B.Bahri, H. Nasri, Z.Jerbi.

Département Urgences Réanimation - CHU Habib Thameur - Tunis

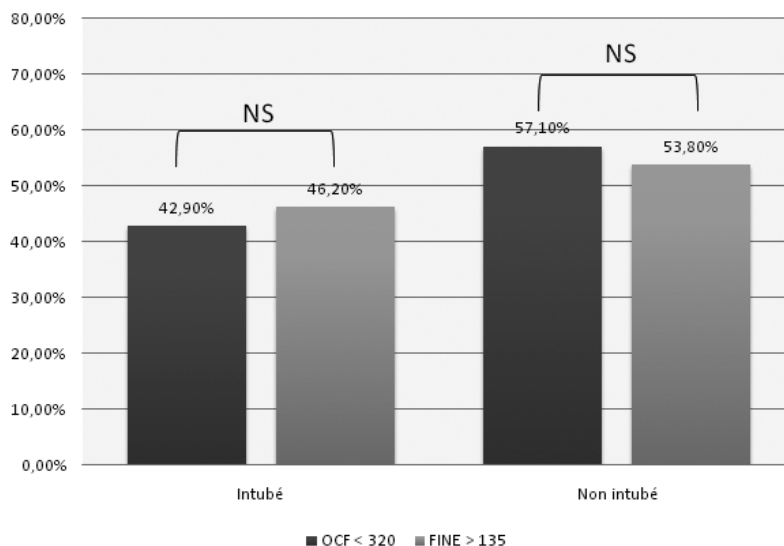
**Introduction :** Dans le but d'évaluer le pronostic des pneumopathies aigues communautaires (PAC), plusieurs scores pronostic ont été conçus, parmi lesquels le score de FINE et le CURB65. Ces scores sont parfois utilisés pour

orienter l'indication d'hospitalisation en médecine ou en unité de soins intensifs. Dans le contexte des urgences de plus en plus surchargées, les scores devraient être le plus simple possible afin de permettre l'adhésion des médecins urgentistes. Dans cette étude, nous nous sommes proposé d'évaluer uniquement la prédiction d'un éventuel recours à l'intubation par l'utilisation uniquement des paramètres gazométriques simples.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude rétrospective comprenant 100 malades admis dans notre département pour pneumopathie aigue communautaire hypoxémiante (PAC). Nous avons comparé l'indice «  $(PaO_2 + PCO_2) / FiO_2$  » (OCF) par rapport au score de FINE dans la prédiction du recours à l'intubation.

**Résultats :** La moyenne d'âge était de  $68 \pm 13$  ans, 46% étaient tabagiques, 66% étaient hypertendus, 36% diabétiques, 25% insuffisants cardiaques, 20% en ACFA, 16% de BPCO et 12% d'insuffisants rénaux. 39% présentaient des signes de lutte respiratoire à l'admission, 8% des marbrures. 13% présentaient un trouble de la conscience. La mortalité intra-hospitalière était de 26%. Le graphique 1 montre que l'indice OCF est comparable au score de FINE dans la prédiction du recours à l'intubation. Le graphique 2 montre bien que l'indice OCF est plus comparable au score de FINE que le simple rapport  $PaO_2 / FiO_2$ .

### Comparaison entre notre indice gazométrique et le score de FINE dans la prédiction du recours à l'intubation



**Conclusion :** Notre indice s'est révélé statistiquement comparable au score de FINE dans la prédiction du recours à l'intubation avant H24 d'hospitalisation. Des études prospectives multicentriques sont toutefois nécessaires pour valider cette thèse.

## P028. INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGUE EN RÉANIMATION. ETIOLOGIES ET MODALITÉS DE VENTILATION EN 2013.

Marzouk M, Ouanes I, Jabla R, Bouzgarrou R, Bouriga MA, Boussadia M, Ghezaiel H, Dghim M, Ben Abdallah S, Dachraoui F, Ouanes-Besbes L, Abroug F.

Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba Monastir.

**Introduction :** L'insuffisance respiratoire aiguë (IRA), est un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation, ses étiologies sont multiples et sa prise en charge a été révolutionnée par la ventilation non invasive (VNI), surtout lors des exacerbations de BPCO et de l'OAP cardiogénique. L'objectif de ce travail est de décrire la population, les étiologies, les modalités ventilatoires ainsi que le devenir des patients admis dans notre service pour IRA durant l'année 2013.

**Patients et Méthode:** Etude descriptive de cohorte, incluant les patients consécutivement admis pour IRA dans notre service en 2013. Les données ont été recueillies par l'analyse rétrospective des dossiers médicaux des patients. Statistiques : Les paramètres continus ont été présentés en médiane et interquartile range (IQR), et comparés par le test de Mann-Whitney, alors que les variables dichotomiques ont été présentés en pourcentage, et comparés par le test de Chi 2.

**Résultats :** Durant la période d'étude, l'IRA a été retenue comme le motif d'admission chez 202 patients (69,6 % des admissions), L'âge médian était de 63,5 ans (IQR=23), un score SAPS III médian de 51 (IQR=15), avec une prédominance masculine (63,9%). 126 patients (62,4 %) étaient admis pour IRA sur poumons pathologiques (69,8%

avaient une BPCO, 11,9% un SAS, 10,3% un Overlap syndrome, 6,4% une DDB et 1,6% une PID). La durée de séjour médiane en réanimation était de 8 jours avec mortalité globale de 20,8%. La comparaison brute des patients admis pour IRA de « novo » à ceux ayant une IRA sur poumons pathologiques (tableau I) montre que ce dernier groupe était significativement plus âgé, avait plus fréquemment une IVG, avec un usage plus fréquent de la VNI. La mortalité en réanimation était significativement plus élevée dans le groupe IRA de « novo ».

	IRA de « Novo » (n = 76)	IRA sur poumons pathologiques (n = 126)	p	
Age, med (IQR)	52 (30)	70 (16)	<0,001	
Sexe ratio (H/F)	45/31	84 /42	0,294	
SAPS III, med (IQR)	48,5 (21)	52 (14)	0,287	
Etiologies	IVG, n (%)	26 (34,2)	67 (53,2)	0,009
	Pneumonie, n(%)	22 (28,9)	22 (17,5)	0,078
	Autres, n (%)	28 (36,8)	37 (29,4)	0,281
Modalité de ventilation initiale	VNI, n (%)	21 (27,6)	109 (86,5)	<0,001
	IOT, n (%)	28 (36,8)	33 (26,2)	0,117
Echec VNI, n (%)	6 (28,5)	16 (14,7)	0,199	
Mortalité, n (%)	22 (28,9)	20 (15,9)	0,032	

**Conclusion :** L'IRA était le motif d'admission le plus fréquent dans notre service en 2013 (69,6%), L'IRA sur poumons pathologiques était prédominante, avec une population plus âgée, ayant plus d'IVG, avec un recours plus fréquent à la VNI par rapport aux patients admis pour IRA de « novo ». En revanche La mortalité observée était plus élevée en cas d'IRA de « novo ».

## P029. PARTICULARITES DE L'EMBOLIE PULMONAIRE CHEZ LE PATIENT INTUBE VENTILE

Elacheche Walid\* ; Mhamdi Salah ; Nakhli Mohamed Said ; Frigui Walid ; Chelly Mohamed ; Brahim Aymen ; Naija Walid ; Said Rachid.

Service d'anesthésie réanimation chirurgicale, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

**Introduction :** L'embolie pulmonaire (EP) caractérise l'obstruction totale ou partielle de l'artère pulmonaire ou de ses branches par un caillot sanguin provenant de la circulation veineuse. Le diagnostic de l'embolie pulmonaire reste difficile, les signes cliniques ne sont ni suffisamment sensibles ni suffisamment spécifiques pour autoriser le clinicien à affirmer ou infirmer le diagnostic sur les éléments de l'interrogatoire et de examen physique. Le but de notre travail est de dégager les particularités cliniques, diagnostiques et évolutives de l'EP survenant chez le patient intubé ventilé.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective intéressant 72 patients intubés ventilés et qui ont présentés une EP au cours de leur hospitalisation.

**Résultats :** Il s'agit de 72 patients : 53 hommes et 19 femmes avec un sex ratio à 2,78. L'âge moyen des patients était 47 ans avec des extrêmes allant de 15 à 85 ans. Le motif d'admission en réanimation était la pathologie traumatologique pour 47 patients, AVC hémorragique pour 9 patients, AVC ischémique dans 5 cas, post opératoire d'exérèse d'une tumeur cérébrale dans 6 cas, une péritonite grave pour 2 patients et myasthénie dans 2 cas. Les facteurs de risque thromboemboliques étaient l'âge supérieur à 40 ans, l'alitement, les cathéters centraux, poly-traumatisme, la chirurgie récente et la pathologie néoplasique. Dix patients n'ont pas eu un traitement préventif de la maladie thromboembolique veineuse devant un risque hémorragique élevé. La majorité des patients (43 patients) avaient un score de glasgow = 3 au moment du diagnostic de l'EP.

Les signes faisant suspecter une EP étaient un état d'agitation observé chez 13 patients, une désadaptation au respirateur observée chez 36 patients, une difficulté de sevrage du respirateur pour 6 patients. Le monitoring continu de la SPO2 a objectivé une désaturation chez 32 patients. Une tachycardie était présente chez 52 patients, 11 patients ont présenté un état de choc cardiogénique et 4 patients ont présenté des signes d'insuffisance ventriculaire droite. L'estimation de la probabilité d'EP était faite de façon empirique dans tous les cas.

La confirmation du diagnostic d'EP était faite par angioscanner thoracique dans 60 cas, échographie cardiaque dans 6 cas, la scintigraphie pulmonaire dans un cas, l'association de signes évocateurs d'EP avec présence d'une thrombose veineuse profonde dans 5 cas.

L'évolution était favorable pour 21 patients.

**Conclusion :** L'EP est une pathologie grave, de diagnostic difficile, notamment chez les patients ne pouvant pas exprimer leurs plaintes fonctionnelles, tels que les patients intubés ventilés. Les signes d'appel sont essentiellement des signes de l'examen physique, d'où l'intérêt d'un examen quotidien et minutieux.

## **P030. FIBROSE PULMONAIRE IDIOPATHIQUE COMPLIQUEE DE PNEUMO-MEDIASTIN SPONTANE: A PROPOS D'UN CAS**

F Medhioub; K Lihiani; R Allela; M Attar; M Mnif.

*Service de Réanimation Polyvalente, Hôpital Régional Mahres - Service de Médecine, Hôpital Régional Mahres.*

**Introduction :** Le pneumo médiastin spontané est probablement une cause méconnue de douleur thoracique. Nous rapportons l'observation de ce type de pathologie chez une patiente suivie pour fibrose pulmonaire idiopathique.

**Observation :** Il s'agit d'une femme âgée de 57 ans aux antécédents de fibrose pulmonaire idiopathique qui se présente aux urgences pour douleurs thoraciques, en barre, avec sensation d'oppression, apparues brutalement au réveil suite à un effort de toux. Elle décrit aussi une gêne cervicale. A l'examen, patiente apyrétique, dyspnéique à 24 cycles par minutes avec une saturation à 93% à l'air ambiant, un emphysème étendu du cou et de fins crépitations à l'auscultation des deux bases pulmonaires. Un état hémodynamique correct. La gazométrie sanguine artérielle révèle une hypoxémie à 84 mm Hg. A l'ECG, pas de troubles de la conduction ni de la repolarisation. La radiographie thoracique montre quelques opacités réticulaires périphériques, une hyper clarté linéaire verticale le long du médiastin et de l'emphysème sous cutané. Une étude tomodynamométrique thoracique confirme le pneumo médiastin associé à un emphysème des tissus mous du cou et quelques opacités en rayon de miel du parenchyme pulmonaire. Par ailleurs, pas de pneumothorax ni de pneumo péricarde ni de rupture œsophagienne ou trachéale. On note la stabilité des images de fibrose pulmonaire par rapport au dernier control scannographique. La fibroscopie bronchique n'a pas été réalisée. La patiente a été hospitalisée, mise sous oxygénothérapie avec un antalgique classe II. Les signes cliniques et radiologiques se sont amendés après sept jours d'hospitalisation.

**Commentaires :** Le pneumo médiastin spontané est défini comme la présence d'air dans les structures médiastinales sans cause évidente. Les mécanismes physiopathologiques du pneumo médiastin spontané sont mal définis et l'hypothèse la plus souvent rapportée dans la littérature est celle d'une hyperpression endo bronchique à glotte fermée. Cette hyperpression serait responsable de rupture alvéolaire à proximité des septas vasculaires, ces derniers drainant l'épanchement aérien ainsi créé vers le médiastin. La forme clinique typique est celle d'un tableau de douleur thoracique rétro sternale. Le signe d'examen, clef du diagnostic, est un emphysème sous cutané volontiers localisé à l'hémithorax gauche et à la région cervicale antérieure. Le diagnostic positif est apporté par la radiographie thoracique et confirmé par les images scannographiques. Le pneumomédiastin spontané non compliqué ne nécessite qu'un traitement conservateur à base de repos et d'antalgiques à la demande.

## **P031. RESULTATS DE LA VENTILATION NON INVASIVE (VNI) EN « AIGU » EN REANIMATION.**

Ben Ghezala H, Hamdouni A, Snouda S, Kaddour M, Ben Taher K.

*Service universitaire des urgences et de soins intensifs. Hôpital Zaghuan, Tunisie.*

**Introduction:** L'avènement de la ventilation non invasive (VNI) a révolutionné la prise en charge ventilatoire des patients admis en réanimation pour insuffisance respiratoire aiguë (IRA). La pratique de la VNI s'est étendue de façon exponentielle dans les réanimations tunisiennes. A Zaghuan, dans une nouvelle réanimation polyvalente, nous avons voulu identifier les principales indications de la VNI dans notre service et étudier les facteurs associés à l'échec de cette technique ventilatoire.

**Patients et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique portant sur tous les patients ayant bénéficié d'une VNI dans le service de réanimation polyvalente à l'hôpital de Zaghuan entre Janvier 2011 (création du service) et Janvier 2014. L'analyse statistique a comporté une première partie descriptive et une deuxième partie analytique avec une analyse univariée puis multivariée des facteurs de risque d'échec de la VNI.

**Résultats:** Au cours de la période de l'étude, le recours à la VNI a été nécessaire dans 85 épisodes, soit un taux de 7,9% des hospitalisations. L'âge moyen des patients était de  $67 \pm 13$  ans avec des extrêmes allant de 27 à 94 ans. La répartition des malades selon le sexe a montré une prédominance masculine, avec un sexe ratio de 1,5 (51 hommes et 34 femmes). Dans 97,6% des cas, le recrutement des malades s'était fait à partir des différents services de notre hôpital essentiellement à partir du service des urgences. Des antécédents pathologiques ont été notés chez 77/85 soit 90,6%. A l'admission, les patients avaient un IGS II moyen à  $36 \pm 9$  (19 – 66). Une acidose sévère avec  $\text{pH} \leq 7,25$  était présente chez 15 malades (17,9%). Une hypercapnie  $> 80$  mm Hg était présente chez 15 malades (17,6%). Le motif de recours à la VNI le plus fréquent était l'œdème aigu du poumon cardiogénique : 36 patients (42,4%). Les autres étaient la décompensation de BPCO (n=28; 32,9%), la pneumopathie hypoxémiant (n=6; 7,1%), l'état de choc cardiogénique (n=5; 5,9%), le syndrome de détresse respiratoire aiguë (n=2; 2,4%), l'asthme aigu grave (n=2; 2,4%), le syndrome restrictif (n=2; 2,4%), une IRA postopératoire (n=1; 1,2%),

un syndrome obstructif d'apnée du sommeil (n=1; 1,2%), une dyspnée laryngée (n=1; 1,2%) et un traumatisme crânien (n=1; 1,2%). Le masque facial était l'interface utilisée dans tous les cas. La durée moyenne globale de la VNI était de  $3,2 \pm 2,9$  heures avec des extrêmes allant de 15 à 1020 minutes (17 heures). En analyse uni variée, les facteurs d'échec de la VNI étaient l'IGS II (p=0,001), la pression artérielle systolique initiale (p=0,015) et la fréquence respiratoire 1 heure après le début de la VNI (p=0,044). En analyse multivariée l'IGS II est le seul facteur indépendant d'échec de la VNI (OR : 5,2 ; IC95% (1,7 – 15,6) ; p=0,04).

**Conclusion :** Les indications de la VNI dans l'IRA dans notre service sont de plus en plus larges même dans des situations controversées dans la littérature. Seul l'IGS II à l'admission est un facteur d'échec de la VNI en analyse multivariée dans notre série.

## P032. LA VENTILATION MECANIQUE EN REANIMATION NEONATALE

I.Majdoub Frikha, R.Guirat, M.Weli\*, L. Gargouri, Y.Bahri, F.Safi, B.Maalej, N.Ben Halima, A.Mahfoudh.

*Service de pédiatrie, urgences et réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker*

**Introduction :** La ventilation mécanique et une technique couramment utilisée en réanimation néonatale. Depuis la mise en œuvre de cette technique, les respirateurs ont considérablement évolué permettant une diminution de la mortalité tout en réduisant la morbidité respiratoire

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive analysant 36 cas de nouveau-nés intubés ventilés en réanimation pédiatrique colligés dans le service de Pédiatrie, Urgences et de Réanimation pédiatrique du CHU Hédi Chaker de Sfax durant une période de 4 ans allant du premier janvier 2010 au 31 décembre 2013.

**Résultats :** Trente six nouveaux nés (NN) ont été colligés, répartis en 20 garçons et 16 filles. L'âge moyen était de 9 jours avec des extrêmes allant de 1 jour à 28 jours. La notion de prématurité a été noté chez six nouveaux nés (de 30 SA à 35 SA). Huit nouveaux nés ont présenté une souffrance fœtale aigüe à la naissance. Les motifs d'hospitalisations dans la réanimation pédiatrique étaient une détresse respiratoire de nouveaux nés chez 70%, une apnée chez 8,3%, une hypotonie généralisée chez 8,3%, un état de mal épileptique chez 5,5% et un trouble hémodynamique sévère chez 5,5%. Sur le plan étiologique, le diagnostic de maladie de membrane hyaline était retenu chez 9% des cas, la cardiopathie était la cause chez 25% des cas. L'infection materno-fœtale était la cause chez 16% des cas. La bronchiolite sévère était retenue chez 11% des NN. L'entérocolite ulcéro-nécrosante était diagnostiquée chez 9% des cas. Le diagnostic d'atrésie duodénale et l'insuffisance surrénalienne était retenu pour chacun chez 2,7%. L'état respiratoire sévère était l'indication majoritaire (83%) de la ventilation mécanique. L'altération de l'état neurologique était la 2<sup>ème</sup> indication de la VA (9% des NN) et l'état de choc sévère était la 3<sup>ème</sup> cause (8% des cas). Tous les nouveaux nés étaient ventilés selon le mode assisté, contrôlé intermittent, il était relayé par une ventilation non invasive dans 27% des cas. Le mode OHF était utilisé après échec de la ventilation conventionnelle dans 19% des cas. Sur le plan évolutif, 16% n'avaient pas présenté de complications ultérieures et au moins une complication a émaillé l'évolution dans 84% des cas. Les complications observées étaient : un sevrage difficile (27%), le SDRA (16%), des atelectasies (16%), un état de choc et une infection nosocomiale (13%), un pneumothorax (11%), une hémorragie alvéolaire (11%), la ré-intubation (9%) et une hypertension artérielle pulmonaire chez 9% des NN. L'évolution finale était favorable chez 65% des cas et un décès a été observé dans 35% des cas.

**Conclusion :** Malgré l'importance de la ventilation mécanique dans la prise en charge des NN en réanimation, elle reste un acte invasif associé à la survenue de complications dont l'incidence est d'autant plus grande que la durée de l'intubation est plus longue.

## P033. EPANCHEMENT PLEURAL COMPRESSIF CHEZ L'INSUFFISANT RENAL CHRONIQUE HEMODIALYSE : NE PAS MECONNAITRE L'ORIGINE TUBERCULEUSE

Kamoun.M \*, Béji.O ,Mejri.O , Hmouda.H.

*Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse*

**Introduction:** Si l'origine urémique de l'épanchement pleural est fréquemment évoquée chez l'insuffisant rénal chronique, les étiologies infectieuses ne doivent pas être méconnues, en particulier la tuberculose dont l'incidence chez les patients dialysés au long cours est nettement supérieure à celle de la population générale, et ce, en raison de facteurs propres à l'hémodialyse, de l'immunodépression, et des tares fréquemment associées. En partant d'un cas clinique illustratif, celui d'un épanchement pleural évoluant à bas bruit jusqu'à devenir compressif et entraîner une insuffisance respiratoire aigüe, nous nous proposons de mettre en exergue les difficultés diagnostiques et les particularités thérapeutiques de la tuberculose chez l'insuffisant rénal chronique hémodialysé.

**Cas clinique:** Mr HS, âgé de 70 ans, diabétique, hypertendu, coronarien, insuffisant rénal chronique au stade de dialyse, initialement par dialyse péritonéale pendant 5 ans puis par hémodialyse a été admis en réanimation pour insuffisance respiratoire aigüe en rapport avec un épanchement pleural droit massif et compressif, dont la ponction a ramené un liquide jaune citrin exsudatif, protéines à 48g/l rivalta positif, 100% lymphocytaire. L'IDR et

la recherche de BAAR dans le liquide pleural et dans les crachats ont été négatives. La TDM thoraco-abdominale a révélé un épanchement intra abdominal de moyenne abondance, associé à une importante infiltration de la graisse péritonéale, de multiples adénopathies intra et retro-péritonéales de taille variable infra et supra centimétriques. Le diagnostic de tuberculose pleuro-péritonéale a été suspecté et un traitement anti-tuberculeux d'épreuve a été instauré.

**Commentaires:** Notre observation illustre la difficulté d'obtention d'un diagnostic de certitude de la tuberculose chez l'insuffisant rénal chronique hémodialysé. Les symptômes cliniques sont très variables en fonction de la localisation de la maladie qui est très souvent extra pulmonaire. Les signes respiratoires sont très discrets et se limitent principalement à la toux sans hémoptysie et sans dyspnée importante. Les troubles digestifs sont très variables (nausée, ballonnement). L'épanchement pleural, l'épanchement péricardique, l'ascite tuberculeuse, l'atteinte osseuse, hépatique et ganglionnaire se voient à une fréquence variable selon les séries. L'IDR à la tuberculine, la recherche de BK, et le diagnostic histologique n'ont le plus souvent aucun apport diagnostique. Pour toutes ces raisons, le traitement antituberculeux doit être instauré sur simple présomption diagnostique. La bonne réponse au traitement (pouvant atteindre 80%) constitue une preuve diagnostique irréfutable. Une étude de la clairance des antituberculeux est souhaitable afin de permettre d'adapter les posologies et éviter la survenue d'effets secondaires.

**Conclusion:** Un diagnostic précoce basé sur des arguments présomptifs et une prise en charge thérapeutique appropriée comportant un traitement spécifique d'épreuve instauré précocement, souvent sans preuve formelle de tuberculose, permettent de diminuer la morbi-mortalité associée à la tuberculose chez l'insuffisant rénal chronique.

## **P034. TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ASPERGILLOME PULMONAIRE: A PROPOS DE 22 CAS.**

Koubaa MA\*, Zghal J, Zinedine W, Jawedi W, Hentati A, Karoui A.

*Service d'Anesthésie – Réanimation - CHU Habib Bourguiba Sfax.*

**Introduction :** L'aspergillome pulmonaire est le développement dans des cavités préformées de filaments mycéliens. Il survient habituellement, comme complication, chez des malades porteurs de séquelles de tuberculose pulmonaire et de sarcoïdose et éventuellement sur d'autres terrains sous-jacents favorables : bulles d'emphysème, dilatation des bronches etc. Ainsi, la chirurgie pour aspergillome est une situation à haut risque du fait du terrain des patients dont la fonction respiratoire est souvent altérée et du fait du risque hémorragique. L'objectif de ce travail est d'évaluer les techniques anesthésiques et les incidents survenant au cours de ces interventions.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 22 cas d'aspergillomes traités au service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire sur une période de 15 ans s'étalant de 1997 à 2013. Il s'agissait de 13 hommes et de 9 femmes. Les paramètres recueillis étaient les paramètres démographiques, la classification ASA, le taux d'hémoglobine pré et post opératoire ainsi que le bilan d'hémostase, la nature du geste opératoire ainsi que la technique anesthésique, la durée de la chirurgie, le nombre de patients nécessitant le recours à la transfusion sanguine et la durée de séjour à l'hôpital. L'analyse statistique est faite à l'aide d'un logiciel SPSS 18.0. La comparaison des moyennes est faite par le test t-student, La différence est considérée significative si  $p < 0,05$ .

**Résultats :** L'âge moyen de nos patients était de 42 ans. 87% des patients avaient des antécédents pulmonaires. 18 cas étaient intubés à l'aide d'une sonde d'intubation sélective. Les antécédents pulmonaires sont prédictifs d'augmentation de la durée d'hospitalisation et de séjour en réanimation. La localisation de l'aspergillome et l'indication opératoire n'étaient pas des facteurs prédictifs de mortalité ( $p = 0,7$  et  $0,06$  respectivement). Dans notre série, un seul décès est survenu soit une mortalité opératoire de 4,5%. Chez trois patients parmi ceux qui ont eu une résection réglée, une fistule broncho pleurale était survenue et avait nécessité une reprise chirurgicale dans un cas.

**Conclusion :** La connaissance des facteurs influençant le pronostic, au cours de la chirurgie pulmonaire pour aspergillome, aident à édifier des protocoles pour cette pathologie rare dont le traitement est sujet à plusieurs risques vitaux. La fragilité des terrains reste le facteur primordial prédictif de complications post opératoire.

## THEME HEMODYNAMIQUE

### P035. ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE A LA SAUV : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET FACTEURS PRONOSTIQUE

Sayhi A, Mekki M\*, Mehrez K, Skouri I, Lamouchi A, Guerbouj Y, Khelil A.

*Service des Urgences-SMUR Hôpital M.T.Maamouri Nabeul.*

**Introduction :** Les patients admis à la SAUV présentent souvent une ou plusieurs défaillances viscérales parfois surajoutées à des co-morbidités lourdes. Les techniques de suppléance vitale sont elles-mêmes des procédures à risque pouvant faciliter la survenue d'un A.C.R et diminuer l'efficacité de la R.C.P. Le but de notre travail était d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et de dégager les facteurs pronostiques de l'ACR.

**Patients et méthode :** Nous avons menés une étude rétrospective au S.A.U de l'hôpital Maamouri de Nabeul durant l'année 2013, incluant 112 patients ayant présenté un A.C.R initial ou secondairement lors de leur séjour à la SAUV. L'analyse des données est réalisée par le logiciel SPSS version 18.

**Résultats :** L'âge moyen était de 64±93 ans (11 à 96 ans), avec prédominance masculine (SR 3,66). Les ATCDS sont dominés par la pathologie cardio-vasculaire (42.9%) et les endocrinopathies (27.7%). 21.43% de nos patients n'avaient aucun ATCD. Un IGSA>8 était noté dans 55.4% des cas, un CGS<5 chez 33% des patients. Un état de choc était retrouvé chez 44.6% de nos patients, une mydriase bilatérale chez 25%. L'ACR était d'emblée dans 23% des cas. L'étiologie post-traumatique était notée dans 12,5% des cas. Une cause médicale a été retenue dans 87,5% des cas : 24% I.R.A, 22,3% Ice circulatoire, 17,9% pathologie neurologique. 62,5% de nos patients avaient bénéficié d'une R.C.P, dont la durée moyenne était de 25,81 mn. 84% des patients avaient nécessité une intubation orotrachéale. On a eu recours aux drogues vaso-actives dans 76% des cas. La mortalité était de 80,4%. L'analyse uni-variée a permis de dégager les facteurs de mauvais pronostique suivants : Co-morbidité ≥ 2, Tableau clinique grave d'emblée ou secondairement avec IGSA>8, Etat de choc, mydriase survenant secondairement, Intubation et recours aux drogues vaso-actives secondairement, Durée de réanimation ≥ 10 mn, Pathologie neurologique, hépatique, rénale et traumatique.

**Conclusion :** Les arrêts cardiaques au sein de nos urgences restent peu fréquents (0,2%), d'étiologies variables essentiellement médicales. Parmi les facteurs prédictifs de mortalité : une co-morbidité ≥2, une durée de réanimation ≥10, un tableau clinique grave d'emblée avec apparition secondaire d'un état de choc ou d'une mydriase, la survenue dans un contexte traumatique. Ces éléments peuvent s'avérer utiles afin d'identifier les patients à très haut risque et de prévenir l'A.C.R au niveau de nos urgences.

### P036. EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE DE L'ARRET CARDIAQUE INTRAHOSPITALIER PAR L'EQUIPE PARAMEDICALE

T Merhabene, E Ayari, A Jamoussi, K Belkhouja, K Ben Romdhane, J Ben khelil, M Besbes.

*Service de réanimation médicale, hôpital Abderrahmane Mami Ariana*

**Introduction :** L'arrêt cardiaque intra-hospitalier (ACIH) est une urgence vitale courante au sein des services de réanimation, son pronostic est étroitement dépendant de la rapidité de la prise en charge et par conséquent du délai nécessaire pour rétablir une circulation spontanée efficace « low flow ». L'objectif de notre étude était d'évaluer les connaissances et les pratiques professionnelles des infirmiers au sein d'un service de réanimation lors de la survenue d'un ACIH en attendant l'intervention médicale.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, descriptive et monocentrique. Le recueil des données s'est déroulé sur 03 mois (mars-juin 2014). L'outil choisi pour cette étude était un questionnaire adressé aux infirmiers et infirmiers principaux du service de réanimation médicale de l'hôpital Abderrahmane Mami de l'Ariana, il comporte 17 questions qui s'intéressent aux 3 champs d'intervention lors de la survenue d'un ACIH : les connaissances théoriques, la prise en charge immédiate et la surveillance ultérieure.

**Résultats :** 30 questionnaires ont été analysés. 66,7% des infirmiers interrogés étaient incapables de définir et de poser le diagnostic positif d'un ACC selon les recommandations internationales, 50 % considèrent que la recherche d'un pouls central est nécessaire pour poser le diagnostic d'un ACIH. 76,7% du personnel interrogé étaient incapables de reconnaître et classer les divers maillons de la chaîne de survie intra-hospitalière. Concernant la réanimation cardiopulmonaire de base : 24 infirmiers ont affirmé que la priorité était de commencer rapidement le massage cardiaque externe avec une alternance de 30/2 compressions thoraciques/ventilation. En revanche, la technique du massage cardiaque externe n'est maîtrisée correctement que par 40% des infirmiers. 53,3% ne connaissent pas les indications et les modalités d'administration des chocs électriques externes. 83% du personnel interrogé savent que l'adrénaline est la molécule vasoconstrictrice à utiliser de 1 ère intention en cas d'ACIH. 63% des infirmiers ont indiqué que la durée recommandée de la réanimation est de 30 minutes.

**Conclusion :** Cette étude a pu démontrer des carences multiples dans le savoir et le savoir faire des infirmiers dans la prise en charge de l'ACIH. Pour pallier à ces failles on propose l'installation d'une approche d'amélioration de qualité qui se base principalement sur un programme de formation continu adapté aux besoins de la réanimation.

## **P037. EVALUATION DE LA THROMBOLYSE PRE-HOSPITATIERE DANS LE SYNDROME CORONARIEN AIGU AVEC SUS DECALAGE DU SEGMENT ST**

Mekki M\*, Lamouchi A, Sayhi A, Skouri I, Guerbouj Y, Ben Mefteh N, Khelil A.

*Service des Urgences-SMUR Hôpital M.T. Maamouri Nabeul*

**Introduction :** L'infarctus de myocarde (IDM) 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 pré-hospitalière à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde (IDM) et de déterminer les facteurs prédictifs de succès.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective s'étalant sur trois ans (1<sup>er</sup> Janvier 2011 au 31 Décembre 2013), portant sur 31 patients présentant un syndrome coronarien aigu avec sus décalage persistant du segment ST (SCA ST+), pris en charge par l'équipe SMUR de Nabeul et ne présentant pas une contre indication à la thrombolyse. Les données sont analysées au moyen de SPSS version 18.

**Résultats :** L'âge moyen de nos patients était de 54,2±11 ans (extrême : 33 à 76 ans), avec une exclusivité masculine. Les facteurs de risques sont essentiellement le tabac (80,6%), l'HTA (51,6%), le diabète (29%) et la dyslipidémie (22,6%). 71% de nos patients étaient classés KILLIP I. Les territoires les de l'IDM les plus touchés sont l'inférieur (61,3%) et l'antéro-septal (35,4%). Les patients étaient classés à risque faible dans 74,2%. 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 240±162 minutes (extrême : 65 min à 12 heures). Le taux de succès de la thrombolyse était de 64,5% et atteint 83,3% lorsque celle-ci était réalisée dans un délai de moins de 4 h. Les facteurs prédictifs de succès de la thrombolyse en analyse univariée étaient : un âge inférieur à 55 ans ( $p<0,001$ ), un tabagisme actif ( $p<0,01$ ), un risque (TIMI score) faible ( $p<0,01$ ), un délai entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse  $<4h$  ( $p<0,025$ ) et une thrombolyse par Tenecteplase ( $p<0,01$ ). En analyse multivariée, trois facteurs étaient individualisés : un âge  $\leq 55$  ans, un délai entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse  $<4h$  et une thrombolyse par Tenecteplase.

**Conclusion :** La thrombolyse pré-hospitalière 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+.

## **P038. WHAT'S NEW ABOUT THE RIGHT TIME FOR INSERTING THE INTRA AORTIC BALLOON PUMP**

Touaibia.M \*, Dridi.A; Boussnina.M; kallel.B; Mhiri.L; Mestiri.T.

*Department of anesthesia and recitation A. mami Ariana*

**Introduction:** The use of the IABP in high risk coronary bypass grafting surgery is not evidence-based and there is no conventional timing algorithm for inserting the IABP (1).

**The aim:** To Compare three groups of patients having the IABP through surgery needing cardiopulmonary bypass or for weaning from CPB or in ICU after surgery.

**Material and methods:** We carried out a retrospective study in the recitation and anesthesiology department and the cardiovascular and thoracic department from January 2005 to January 2014 including 986 undertaking cardiac surgery. 30 patients needed the IABP.

**Results:** 986 patients underwent a cardiac procedure.30 among needed an IABP withdrawn in three groups .37.5% among needed IABP through surgery(IABP PE).31.3% for weaning from CBP (IABP SO) and 25% in ICU few hours after surgery(IABP PO). No significant differences were recorded in the baseline clinical characteristics. The incidence of postoperative ventricular arrhythmia, myocardial infarction, infection complications, stroke, recurrent angina and extubation were similar between the 3 groups ( $P > 0.05$ ). A statistical difference was found between the three groups at the time of reintubation ( $p=0.05$ ), new-onset atrial fibrillation ( $p=0.01$ ) and mediastinitis ( $p=0.05$ ). The mortality incidence was 87% in the IABP PE group, 50% IABP SO and 75 % IABP PE.

**Discussion and conclusion:** The highest incidence of mortality and the statistical significant differences in post-operative complications was found with the patients having the IABP after surgery. Even though the number of our patients in this study is not important, the early use of IABP has significant impact in the morbidity and the mortality



rate. The controversy surrounding the current use of the IABP leads us to evaluate our encouraging results with a bigger population to demonstrate the advantages of early introduction of the IABP in cardiac surgery.

## **P039. SYNDROME CORONARIEN EN INFÉRO-APICO-LATÉRAL SUR UN PONT MYOCARDIQUE**

Ben Ghezala H.\*, Abbés MF., Snouda S., Kaddour M., Ben Taher K., Ben Cheikh I.

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

**Introduction :** Les ponts myocardiques (PM) sont une anomalie très anciennement connue et dont la signification a été longtemps discutée. Ils furent décrits pour la première fois en 1735 par Reyman. L'étude anatomique des PM ne fut effectuée qu'après 1950. Les artères coronaires et la plupart de leurs branches sont superficielles. Parfois, l'une d'entre elles, en particulier l'artère inter-ventriculaire antérieure (IVA), est recouverte d'une bandelette de muscle myocardique. Le segment recouvert est dit « tunnelisé ». Un PM est donc un trajet anormal intra-myocardique des artères coronaires épicaudiques. On l'appelle également pont intra-myocardique ou encore pont musculaire.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'un patient Mr. ABA âgé de 61 ans, BPCO post-tabagique, ayant consulté pour SCA ST(+) en inféro-apico-latéral, inaugural, non compliqué, thrombolysé à H2 avec succès. L'échographie cardiaque trans-thoracique (ETT) conclue à un VG non dilaté, FE estimée à 50%, une discrète hypokinésie du mur infarcté. La coronarographie réalisée à J5 post infarctus révèle un réseau coronaire angiographiquement sain en dehors d'un trajet intra-myocardique assez profond de l'IVA moyenne réalisant un pont myocardique sans compression systolique majeure. Le patient a été mis sous traitement anti-angineux, avec évolution parfaitement favorable à long terme.

**Discussion :** Les PM sont le plus souvent localisés dans la partie moyenne de l'IVA. Cependant, ils peuvent concerner une branche diagonale (40% des cas) ou marginale (18% des cas). Ils se situent généralement à une profondeur de 1 à 10 mm, sur une longueur d'environ 1 à 3 cm en moyenne. Les sujets concernés sont en général jeunes et de sexe masculin le plus souvent. Les symptômes peuvent être traités par : Des bêtabloquants, Des antagonistes calciques. Des antiagrégants plaquettaires. Le traitement chirurgical n'est réservé qu'aux malades qui restent symptomatiques malgré un traitement médical optimal. Depuis quelques années, l'angioplastie avec mise en place d'une endoprothèse est réalisée et semble une alternative efficace. Un pontage peut aussi être parfois pratiqué.

**Conclusion :** Les PM représentent une condition anatomique fréquente, alors que les symptômes ischémiques en rapport sont rares. Le diagnostic coronarographique ou scanographique en synchronisation ECG en est aisé. Les ponts myocardiques doivent être pris en compte chez des patients à faible risque coronarien et présentant des symptômes de type angineux ou une ischémie myocardique prouvée.

## **P040. LES CONTUSIONS MYOCARDIQUES POST-TRAUMATIQUES : CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET IMPACT PRONOSTIQUE - ETUDE PROSPECTIVE DE 35 CAS**

Olfa Turki, Anis Chaari, Kamilia Chtara, Rania Ammar, Kais Rgaieg, Najeh Baccouche, Hedia Hamed, Kmar Mnif, Mabrouk Bahloul, Mounir Bouaziz.

*Service de réanimation polyvalente - CHU Habib Bourguiba - Sfax*

**Introduction :** L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques cliniques des patients présentant des contusions myocardiques post-traumatique ainsi que d'évaluer l'impact pronostique de cette complication en milieu de réanimation.

**Patients et méthodes :** Etude prospective menée sur une période de 3 mois (01/02/2014 au 30/04/2014). Le diagnostic d'une contusion myocardique était retenu lorsque le taux de troponine maximal durant les premières 24 H post-traumatique était supérieur à 1 µg/l. Les variables qualitatives ont été exprimées en fréquences alors que les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes ± écart-type ou médiane [quartiles].

**Résultats :** Durant la période d'étude, 77 polytraumatisés ont été admis parmi lesquels 35 étaient inclus. L'âge moyen a été de 36 ± 13 ans. Le score SAPSII moyen a été de 36 ± 10 points. Le score SOFA moyen a été de 7,2 ± 2,6 points. Le score ISS moyen a été de 38,8 ± 24,4 points. Un traumatisme crânien associé a été observé chez 33 patients (94,3 %). Les lésions thoraciques associées étaient les fractures de côtes (31,4 %), un pneumothorax (28,6 %), un hémithorax (31,4 %) et des contusions pulmonaires (62,9 %). Tous les patients étaient ventilés à l'admission. Un état de choc initial a été observé chez 16 patients (45,7 %). Le taux de troponine maximal durant les premières 24 heures post-traumatique a été de 2,6 ± 8,2 µg/l avec une médiane de 0,12 µg/l. Le diagnostic de contusion myocardique a été retenu chez 9 patients (25,7 %). Une échographie cardiaque était réalisable à l'admission chez 17 patients. La FEVG médiane a été de 54,5 [50 – 66] %. Un trouble de la cinétique segmentaire a été observé chez 8 patients (22,9 %). La durée de VM a été de 16 ± 11,5 jours avec une médiane de 12 jours. La durée de séjour en réanimation a été de 24 ± 18 jours avec une médiane de 20 jours.

En analyse univariée, les patients ayant eu une contusion myocardique avaient un score SOFA significativement plus élevé (9 [7,5–10,5] Vs 6 [5-8] points ;  $p = 0,021$ ). La fréquence des patients en état de choc à l'admission était comparable entre les groupes contusion(+) et contusion (-) (respectivement 66,7 % et 38,5 % ;  $p = 0,245$ ). Aucune lésion élémentaire thoracique n'a été corrélée à la survenue de contusion myocardique. La durée médiane de VM a été comparable entre ces deux groupes (11 [7-23] Vs 12,5[8,8-19,3] jours ;  $p = 0,643$ ). Il en était de même pour la durée de séjour en réanimation (18[8,5-29,5] Vs 22 [11,8-31,3] jours ;  $p = 0,305$ ). La mortalité a été comparable entre les patients des groupes contusion(+) et contusion(-) (respectivement 33,3 % et 26,9 % ;  $p = 0,694$ ).

En analyse multivariée, la contusion myocardique n'a pas été identifiée comme facteur indépendant prédictif de mortalité (OR = 1,4 IC95% [0,3-6,9] ;  $p = 0,714$ ).

**Conclusion :** Bien que les contusions myocardiques soient fréquentes chez les patients ayant un traumatisme thoracique fermé grave, elles ne semblent pas modifier le pronostic.

## P041. CARDIOMYOPATHIE ALCOOLIQUE : À PROPOS DE TROIS CAS

S.Bouزيد, S.Youness, A. Chenguel, M.Khrouf, M.Methamem.

*Service des urgences Farhat Hached*

**Introduction :** La consommation chronique excessive d'alcool est associée à une insuffisance cardiaque congestive, à de l'hypertension, à des accidents vasculaires cérébraux ou des arythmies.

On rapporte trois cas de Cardiomyopathie alcoolique rencontrée aux urgences de Farhat Hached.

**Observation :** Le tableau clinique est celui d'un homme de 30 à 55 ans, buveur de longue date. Le développement de la maladie peut être insidieux, volontiers révélé par un accès de fibrillation auriculaire. La révélation sur un mode d'insuffisance ventriculaire gauche est habituelle. Les palpitations et syncopes sont possibles.

- 1<sup>er</sup> cas: Patient âgé de 40<sup>ans</sup> sans antécédents pathologiques notables qui s'est présentait aux urgences pour une toux sèche et une dyspnée d'aggravation progressive. L'examen clinique mettait en évidence une orthopnée avec une douleur thoracique et le reste de l'examen était sans anomalie. La radiographie du thorax a montré un syndrome alvéolo-interstitiel ainsi qu'un épanchement basal bilatéral. ECG : rythme régulier sinusale, pas de trouble du rythme ni de trouble de la repolarisation. La biologie était sans anomalie, une échographie cardiaque faite a mis en évidence une fraction d'éjection effondrée.
- 2<sup>ème</sup> cas : Patient âgé de 26 ans se présentant aux urgences pour une hémoptysie et douleur thoracique. L'examen clinique a objectivé un souffle de rétrécissement mitral. ECG : sans anomalie ; La radiographie du thorax mettait en évidence une cardiomégalie. La biologie était sans anomalie, une échographie cardiaque faite a mis en évidence une fraction d'éjection effondrée.
- 3<sup>ème</sup> cas : Patient âgé de 36 ans se présentant aux urgences pour une dyspnée associée à des palpitations. L'examen clinique mettait en évidence un patient orthopneux avec à l'ECG une arythmie par fibrillation auriculaire. La biologie était sans anomalie, une échographie cardiaque faite a mis en évidence une fraction d'éjection effondrée.

**Discussion :** Les cardiomyopathies sont définies comme des maladies du myocarde de cause inconnue associées à une dysfonction cardiaque. La cardiomyopathie alcoolique est une maladie cardiaque dilatée non ischémique qui survient en raison d'une consommation abusive et chronique d'alcool. Etant l'une des principales causes de cardiomyopathie dilatée non ischémique en occident, une étude de Piano réalisée en 2002 indique que la CMD alcoolique représente 3,8% de toutes les cardiomyopathies et 21 à 32 % de toutes les CMD.

**Conclusion :** Les cardiomyopathies dilatées représentent actuellement la deuxième cause d'insuffisance cardiaque après les cardiopathies ischémiques et encore la première cause de la transplantation cardiaque dans les pays développés. L'étiologie en reste inconnue, même si l'accent est mis actuellement sur les déterminants génétiques, l'intoxication alcoolique représente un facteur favorisant de son développement mais la prise en charge thérapeutique obéit aux mêmes règles que celle de l'insuffisance cardiaque chronique.

## P042. LA CARDIOMYOPATHIE DU CIRRHOTIQUE : RESULTATS PRELIMINAIRES D'UNE ETUDE PROSPECTIVE

Khedher.S\*, Mouelhi.L, Salem.M, Houissa.F, El Jery.K., Said.Y, Mekki.H, Debbeche.R, Najjar.T.

*Unité de soins intensifs digestifs-service de gastroentérologie-EPS C. Nicolle- Tunis*

**Introduction :** La cirrhose est associée à des perturbations hémodynamiques majeures définissant la circulation hyperdynamique, et peut se compliquer d'une atteinte cardiaque spécifique ou cardiomyopathie cirrhotique dont la physiologie est multifactorielle.Elle est habituellement infra-clinique, latente et le plus souvent démasquée à la suite d'un stress.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective déroulée entre janvier 2013 et janvier 2014, colligeant 12 patients cirrhotiques. Tous les malades ont eu un examen clinique précisant la fréquence cardiaque et la pression artérielle moyenne ainsi qu'un électrocardiogramme et une échographie cardiaque.

**Résultats :** L'âge moyen de notre population est de 65 ans (57-68) avec un sexe ratio H/F : 0.3. Le nombre moyen de facteur de risque cardiovasculaire par patient est égale à 2. L'étiologie de la cirrhose est souvent une hépatite C. La cirrhose était diagnostiquée depuis 6 ans en moyenne. Trois patients au stade de cirrhose décompensée. L'échographie cardiaque a mis en évidence des éléments en faveur de la cardiomyopathie du cirrhotique. Essentiellement on a objectivé un trouble de relaxation diastolique et par conséquent une altération du remplissage ventriculaire. La fonction systolique gauche est conservée chez tous les patients. L'électrocardiogramme a montré un allongement du segment QT seulement chez deux cirrhotiques

**Conclusion :** Malgré le faible effectif, l'intérêt de cette étude réside dans le fait qu'une évaluation précoce de l'atteinte myocardique au cours de cirrhose avant le stade de décompensation cardiaque réfractaire au traitement médical et menaçant le pronostic vital, offre une porte pour une prise en charge optimale et précoce.

## **P043. ISCHÉMIE MYOCARDIQUE SUITE À UNE ÉLECTRISATION : A PROPOS D'UN CAS**

I. Chaieb\* N. Ben Abdelkader\* A. Lika\* Y. Mleiki \* S. Guellim\* MM Kharrat\* MH Barhoumi.

*Service d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Ibn El Jazzar de Kairouan*

**Introduction :** L'électrisation correspond à toutes les manifestations physiologiques et physiopathologiques dues au passage du courant électrique au travers du corps humain. Un tiers des électrisés présente des troubles cardiovasculaires. L'apparition d'une nécrose myocardique est également classique. Nous rapportons un cas d'une électrisation occasionnant une ischémie sous endocardique.

**Observation :** Patient âgée de 22 ans, sans antécédents pathologiques, admise au service de réanimation pour polytraumatisme suite à une électrisation avec éjection. L'examen à son admission trouve: patient comateux avec GCS=9/15, TA=120/60 mmHg, FC=64 bpm, FR=18 cycles/min. Brûlures cutanées de 2ème degré profond au niveau de la face antérieure du tronc, membre supérieur gauche (Surface brûlée estimée à 20% de surface corporelle) ; Porte d'entrée : face antérieure du poignet gauche et la porte de sortie : face interne de la jambe gauche. Le patient a bénéficié de : un monitoring : ( électrocardioscope, SpO<sub>2</sub>, PNI ), Prophylaxie antitétanique (SAT/VAT), Induction séquence rapide, Intubation orotrachéale, sédation et Ventilation mécanique.

- TDM corps entier: Multiples lésions pétéchiales hémorragiques visibles (lésions axonales), fracture du manubrium sternal avec contusion pulmonaire bilatérale
- ECG : rythme régulier sinusal à 58<sup>bpm</sup>, sus-décalage de ST de 3 mm en V3-V4.
- Troponine : 6,63 ng/L.
- Coronarographie : n'a pas objectivé de sténose coronarienne.

L'évolution ultérieure a été marquée par le réveil du patient autorisant son extubation à J5 d'hospitalisation, un état hémodynamique et respiratoire correct et la normalisation des troponine et de l'ECG respectivement à J7 et J4.

**Conclusion :** L'infarctus du myocarde (IDM) est à redouter chez l'électrisé. La nécrose peut être transmurale. Elle peut être diffuse ou focalisée. La douleur typique peut manquer. Les signes ECG apparaissent jusqu'à quelques jours après l'accident. Des troubles de la repolarisation à type de modifications non spécifiques de ST et de l'onde T peuvent survenir, et sont réversibles en quelques jours.

## **P044. LA CARDIOMYOPATHIE DE TAKO-TSUBO: A PROPOS DE DEUX CAS.**

Y. Mlaiki\* A. Lika\* N. Ben Abdelkader\* S. Guellim\* I. Chaib\* M. Lassouad\* Kharrat MM\* Barhoumi MH.

*Service d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Ibn El Jazzar de Kairouan*

**Introduction :** Le syndrome de Tako-Tsubo consiste en une asynergie avec akinésie de l'apex et une hyperkinésie de la base sans sténose coronaire significative. Sa physiopathologie est encore indéterminée. Nous rapportons deux observations de Cardiomyopathie de Tako-Tsubo avec revue de la littérature.

**Observations 1 :** Un homme âgé de 43 ans, sans antécédents pathologiques notables est admis en Réanimation pour insuffisance respiratoire aiguë avec trouble de la conscience d'installation brutale. A l'examen clinique, la tension artérielle était à 95/50 mmHg, la fréquence cardiaque à 110bpm, GCS 11/15 sans signes neurologiques de localisation, polypnée à 36 c/mn avec désaturation à l'air ambiant (SpO<sub>2</sub> à 90%). L'auscultation pulmonaire révèle des râles crépitants. La radiographie de thorax a montré un œdème pulmonaire. L'échographie cardiaque a montré une akinésie antérolatérale et une fraction d'éjection ventriculaire gauche à 42%. Le scanner cérébral a objectivé une hémorragie méningée de moyenne abondance. L'évolution a été marquée par une nette amélioration clinique et paraclinique de l'atteinte cardiaque en quelques jours.

**Observation 2 :** Patiente âgée de 24 ans, sans antécédents pathologiques notables, G2P1A0, enceinte à 32 SA, a consulté aux urgences pour dyspnée aiguë à la suite d'une intoxication domestique au CO. L'examen trouve : un score de Glasgow à 14/15, une polypnée à 30 cycles / mn avec un tirage intercostal et des crépitations à l'auscultation, une tachycardie à 125 bpm avec hypotension à 80 /50 mmHg, des extrémités froides. Le diagnostic d'un état de choc cardiogénique a été donc porté et la patiente a été intubée ventilée sédaturée, mise sous dobutamine. L'échocardiographie a montré un ventricule gauche non dilaté siège d'une hypokinésie profonde et diffuse avec une fraction d'éjection à 25% sans valvulopathie, ventricule droit non dilaté également hypokinétique évoquant un Tako tsubo. L'évolution a été marquée par la récupération ad integrum de la fonction cardiaque à J7 d'hospitalisation.

**Conclusion :** La cardiomyopathie de Tako-Tsubo est une pathologie récente dont on dispose de très peu d'informations. Devant ce manque de connaissances, le praticien se trouve perplexe car face à ce syndrome qui mime un syndrome coronarien aigu à coronaires saines, le patient court le risque hémorragique d'une bithérapie anti-coagulante non justifiée raison pour laquelle plusieurs études multicentriques sont menées pour mieux détailler cette nouvelle pathologie

## **P045. L'ŒDEME PULMONAIRE NEUROGENE : UNE COMPLICATION RARE DU TRAUMATISME CRANIEN GRAVE**

Hédia Hamed\*, Anis Chaari, Kamilia Chtara, Rania Ammar, Olfa Turki, Kais Rgaieg, Kmar Mnif, Mabrouk Bahloul, Mounir Bouaziz.

*Service de réanimation polyvalente – CHU Habib Bourguiba – Sfax.*

**Introduction :** L'œdème aigu du poumon (OAP) secondaire à un traumatisme crânien constitue une complication hémodynamique rarement rapportée. Nous nous proposons d'étudier les caractéristiques de l'OAP neurogène chez un patient ayant présenté cette complication suite à un traumatisme crânien grave.

**Observation :** Un patient âgé de 55 ans a été admis pour traumatisme crânien grave suite à un accident de travail. L'examen initial note un score de Glasgow à 7. Le scanner cérébral a montré un volumineux hématome extra-dural pariéto-occipital gauche ayant nécessité une chirurgie urgente. Le patient a présenté une hypotension profonde ayant nécessité le recours à l'association noradrénaline – dobutamine. L'auscultation pulmonaire retrouve des râles crépitations bilatéraux. La radiographie thoracique note un syndrome alvéolaire diffus et bilatéral. La gazométrie sanguine note une acidose mixte avec un rapport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 200 mmHg. L'échocardiographie faite sous catécholamine a montré une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) à 51 %, une dyskinésie septale, un rapport E/A à 1,38, un rapport E/E' à 4,2 et une ITV sous aortique à 11,2 cm. L'étude hémodynamique concomitante par thermodilution trans-pulmonaire a montré un index cardiaque à 2,1 L/min/m<sup>2</sup>, un volume d'éjection systolique à 32 ml, un GEDV (Global End Diastolic Volume) à 642 ml/m<sup>2</sup>, une eau pulmonaire extra-vasculaire (EPEV) à 18 ml/m<sup>2</sup> et un index de perméabilité à 3,8. L'évolution ultérieure a été marquée par l'installation d'une défaillance multiviscérale avec une insuffisance rénale aiguë anurique nécessitant le recours à la dialyse, une CIVD et une hypoxémie réfractaire. Le patient est décédé après 10 jours de réanimation.

**Conclusion :** Les données de l'exploration hémodynamique invasive et non invasive chez notre patient suggèrent que l'œdème pulmonaire neurogène implique une atteinte lésionnelle de la membrane alvéolo-capillaire ainsi qu'une dysfonction systolique du ventricule gauche.

## **P046. ŒDEME AIGU DU POUMON DU POST-PARTUM REVELATEUR D'UN RETRECISSEMENT MITRAL**

F Medhioub; H Ben Hammed; O Turki; N Baccouch; K Rgaieg; A Chaari; K Chtara C Ben Hamida; H Chelly; M Bahloul; M Bouaziz.

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

**Introduction :** Les modifications hémodynamiques qui surviennent chez la femme enceinte peuvent, par leur importance et leur durée, décompenser une cardiopathie sous-jacente, même bien tolérée antérieurement. L'accouchement représente un stress hémodynamique supplémentaire et comporte donc un risque de complications pouvant compromettre le pronostic maternel.

**Observation :** Une femme de 37 ans, multipare, enceinte à 39 semaines d'aménorrhée, suivie pour purpura thrombopénique idiopathique, a été référée à la maternité de Sfax pour une césarienne programmée. Dans ces antécédents, nous avons noté des épisodes d'angines à répétition, des épisodes d'arthralgies, et un mauvais état bucco-dentaire. A son admission, elle était stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Elle a été césarisée sous anesthésie générale sans incidents. La patiente a présenté à H-4 post opératoire une orthopnée. L'auscultation cardio-pulmonaire révélait un discret roulement télé diastolique au foyer mitral, une tachycardie et des râles crépitations au niveau des 2 bases pulmonaires. Aucun signe en faveur d'une atteinte des cavités droites n'a été observé. L'EKG était normal. La radiographie du thorax montre des images alvéolo interstitielles prédominant au niveau des deux bases pulmonaires. L'ETT révèle un rétrécissement mitral (surface mitrale <2 cm<sup>2</sup>). La prise en charge se basait sur les diurétiques, la restriction hydrique et le régime désodé.

**Commentaires :** La grossesse est une période délicate pour les femmes porteuses d'un rétrécissement mitral (RM). L'augmentation du volume plasmatique parfois aggravée par des apports liquidiens excessifs en péripartum, la diminution de la pression oncotique plasmatique et la tachycardie qui accompagnent la grossesse créent des conditions favorables à la décompensation. Une auscultation cardiaque minutieuse est obligatoire lors des consultations prénatales afin de ne pas passer à côté d'une valvulopathie pouvant se décompenser au cours de la grossesse ou de l'accouchement.

## **P047. LA TACHYCARDIE ATRIALE MULTIFOCALE CHEZ L'INSUFFISANT RESPIRATOIRE CHRONIQUE: MECANISMES INITIATEURS ET APPROCHE THERAPEUTIQUE**

Kamoun.M \*, Béji.O, Mejri.O , Hmouda.H.

*Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse.*

**Introduction :** La tachycardie atriale multifocale est un rythme auriculaire irrégulier rapide, résultant de multiples foyers ectopiques dans les oreillettes. Le plus souvent observée chez les patients atteints de BPCO sévère ou d'insuffisance cardiaque congestive. Elles sont favorisées par un taux élevé de catécholamines dû au stress, une infection, une hypoxie ou encore l'usage d'agents sympathomimétiques (salbutamol, catecholamines, et surtout les xanthines dont la théophylline).

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 74 ans illustrant une forme type.

**Observation :** Mr H. A., diabétique, hypertendu, insuffisant cardiaque, bronchitique chronique post tabagique au stade d'insuffisance respiratoire chronique (IRC) admis en réanimation pour insuffisance respiratoire aiguë grave. Initialement, sur le plan clinique il présentait une somnolence un astérisis et des râles bronchiques diffus sans altération de l'état hémodynamique. Le facteur de décompensation retenu a été une surinfection bronchique. Le patient a été sédaté, intubé et mis sous ventilation artificielle avec une antibiothérapie probabiliste systémique.

Extubée à J 6 sans incidents, 2 jours après, il présente, dans son sommeil, pendant la nuit, une tachycardie à 130 c/min avec à l'ECG un aspect de tachycardie atriale multifocale ; un rythme irrégulier avec des ondes P de morphologies différentes dans la même dérivation et des intervalles PP très variables. Le patiente a reçu un bolus de 300 mg de cordarone en IVL relayé par un traitement d'entretien avec une évolution finale favorable.

**Discussion :** La tachycardie atriale multifocale se traduit sur l'ECG par une fréquence cardiaque > 100 c/min, un rythme « irrégulièrement irrégulier » avec divers intervalles PP, PR et RR. Au moins trois ondes P de morphologie distincte dans la même dérivation avec retour à la ligne isoélectrique entre les ondes P (pour éliminer un flutter) sont exigées. Absence d'un seul stimulateur auriculaire dominant. Son mécanisme relève d'une combinaison de facteurs présents chez les patients insuffisance respiratoire aiguë sur IRC: dilatation de l'oreillette droite, impulsion sympathique accrue, hypoxie et hypercapnie, traitement par bêta-agonistes, certaines anomalies électrolytiques.

Le traitement repose sur la correction des facteurs qui l'ont induite et parfois sur le ralentissement de la fréquence ventriculaire à l'aide des inhibiteurs calciques non-dihydropyridines.

**Conclusion :** La tachycardie atriale multifocale est un trouble du rythme assez distinctif, qu'on pourrait voire assez souvent en réanimation. Même si son traitement n'a pas de véritables spécificités, ses particularités physiopathologiques et sémiologiques méritent de ne pas être méconnues.

## **P048. EMBOLIE PULMONAIRE EN REANIMATION : ETUDE DE LA MORTALITE PRECOCE**

Jamoussi A, Ben Jazia A\*, Najjal S, Kallel N, Merhebene T, Belkhouja K, Ben Romdhane K, Ben Khelil J, Besbes M.

*Réanimation respiratoire, Hôpital A. MAMI, Ariana, TUNIS.*

**Introduction :** L'embolie pulmonaire (EP) est une pathologie fréquente et de gravité variable. La mortalité précoce (< 30 jours) est estimée à plus de 15 % en présence d'hypotension ou d'EDC à l'admission ; ailleurs, elle est en deçà de 15%. Cette stratification de risque a été établie pour des patients consultant aux urgences pour guider la prise en charge immédiate. Mais qu'en est-il des malades ayant une EP hospitalisés en réanimation ? Objectif : Evaluer la gravité et déterminer la mortalité à 30 jours des patients ayant une EP admis en milieu réanimation. Comparer la mortalité à 30 jours retrouvée par rapport au risque estimé à l'admission.

**Patients et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive ayant inclus tous les patients âgés de plus de 18 ans hospitalisés au service de réanimation médicale de l'hôpital Abderrahman Mami de l'Ariana entre Janvier 2003 et Décembre 2012 et qui ont présenté une EP confirmée par angioscanner thoracique. Pour chaque malade, nous avons recueilli des données cliniques, paracliniques et évolutives. Le risque de mortalité à 30 jours a été estimé à l'admission selon les recommandations de l'ESC 2008. 2 groupes de malades ont été considérés : GROUPE I (n = 32): HAUT RISQUE = présence d'état de choc ou d'hypotension et GROUPE II (n = 226) : NON

HAUT RISQUE= absence d'état de choc ou d'hypotension. Nous avons ensuite procédé une comparaison de la mortalité à 30 jours entre les 2 groupes.

**Résultats :** Au cours des 10 années de l'étude, nous avons colligé 258 cas d'EP. L'âge moyen des patients était de  $60,5 \pm 16,7$  ans dont 52,7% étaient âgés de plus de 65 ans. Le sexe ratio était de 1,4. Des ATCD de BPCO étaient présents chez 32,1% des malades (n=83). Une HTA était présente chez 21,7% des malades (n=56). A l'admission, une insuffisance respiratoire aigüe était présente chez le tiers des sujets (33,6%) et un état de choc ou une hypotension chez 32 malades (%). Un cœur pulmonaire aigu à l'ETT était présent dans 60,8 % des cas (n=157). Sur le plan étiologique, l'EP était d'origine néoplasique chez 22 sujets (8,5%) et d'origine immunologique chez 15 patients (5,8%). Une TVP a été retrouvée dans 28,3 % des cas (n=73). 56 malades (21,7 %) ont bénéficié d'une thrombolyse. La mortalité globale était de 28,3 % (n=73); celle à 30 jours de 26 % (n=67).

La mortalité à 30 jours était significativement plus élevée dans le groupe I par rapport au groupe II (59,3 % vs 21,2 %,  $p < 0,005$  et OR = 5,74 IC [2,60 - 12,64]). Cette mortalité est supérieure à celle estimée à l'admission notamment dans le groupe II.

**Conclusion :** La mortalité retrouvée dans notre série est largement supérieure à 15 % dans les 2 groupes, mais elle reste toutefois significativement plus élevée en présence d'hypotension ou d'EDC à l'admission.

## **P049. LES FACTEURS PREDICTIFS DE DECES A LONG TERME DANS L'EMBOLE PULMONAIRE AIGUE EN MILIEU DE REANIMATION : ETUDE DESCRIPTIVE A PROPOS DE 83 CAS.**

M. Ben Ali<sup>(1)</sup>, B. Zbid<sup>(1)</sup>, S. Milli<sup>(1)</sup>, L. Stambouli<sup>(1)</sup>, M. Nebli<sup>(1)</sup>, F. Hafi<sup>(1)</sup>, I. Trimech<sup>(1)</sup>, R. Khoudi<sup>(1)</sup>, M. Hassine<sup>(2)</sup>, F. Ben Salem<sup>(1)</sup>, M. Gahbiche<sup>(1)</sup>.

(1) Service D'Anesthésie - Réanimation CHU F.B. Monastir.

(2) Service de cardiologie A. CHU F.B. Monastir.

**Introduction:** L'embolie pulmonaire (EP) est une pathologie grave, souvent méconnue et fréquente en milieu de réanimation. Son pronostic à long terme est peu étudié. Il est dominé par le risque de récurrence thromboembolique (TE). La mortalité de l'EP à long terme varie de 9 à 41%. Objectif : Déterminer les facteurs prédictifs de décès à long terme de l'EP.

**Patient et méthodes :** Etude rétrospective, pronostique portant sur 146 dossiers des patients hospitalisés pour EP dans deux unités de soins intensifs d'anesthésie réanimation et de cardiologie de l'EPS Fattouma Bourguiba de Monastir, sur une période de 9 ans (du 1<sup>er</sup> Janvier 2000 au 31 Décembre 2009). Le suivi des patients était obtenu en consultation externe spécialisée ou par contact téléphonique direct du patient ou de ses parents. Les événements recherchés étaient : la survenue de récurrence TE (délai de récurrence par rapport au premier épisode), la survenue d'accident hémorragique majeur, le décès du patient à domicile ou lors d'une ré-hospitalisation (date et cause identifiées par sa famille ou à partir des dossiers médicaux). Les données ont été analysées en utilisant un logiciel SPSS 13.0. La relation univariée entre les caractéristiques des patients et la mortalité à long terme a été effectuée en utilisant le test de Fischer exact et le test de chi<sup>2</sup>. Pour l'analyse multivariée, la méthode « pas à pas » descendante de Wald a été utilisée et seuls les facteurs significativement liés au décès ont été retenus et présentés sous forme d'Odds Ratio (OR), d'intervalle de confiance (IC) à 95% et de seuil de significativité ( $p < 0,05$ ).

**Résultats :** Durant une période de suivi de  $38 \pm 32$  mois, 47 patients étaient perdus de vue. Parmi les 83 malades suivis, 20 (24 %) décès étaient relevés dont 5 étaient imputables à l'EP. Les facteurs prédictifs de décès à long terme, en analyse uni et multivariée étaient : l'âge, le cancer, la récurrence TE et la survenue d'accident hémorragique. Chez les 63 patients survivants, les complications observées étaient à type de récurrence TE (17,5 %), du cœur pulmonaire chronique (7,9 %), d'incidents hémorragiques (6,3 %) et de décompensation des tares (6,3 %). Le reste des patients (39/63) n'avaient pas présenté de complications pendant toute la durée de suivi.

**Conclusion :** Les facteurs indépendants de décès à long terme étaient : l'âge, le cancer, la récurrence TE et la survenue d'accident hémorragique. L'identification de ces facteurs est essentielle pour réduire le taux de mortalité à long terme en agissant sur les facteurs supposés évitables.

## **P050. THROMBOSE DE LA VEINE OVARIENNE DROITE EN POST-PARTUM COMPLIQUEE D'UNE EMBOLIE PULMONAIRE : A PROPOS D'UN CAS.**

S. Souissi\*, J. Guissouma, H. Brahmi, M. Fatnassi, H. Ghadhoun, M. Samet, H. El Ghord.

Service de réanimation médicale. Hôpital Habib Bougatfa Bizerte.

**Introduction :** La thrombose veineuse ovarienne est une pathologie rare et potentiellement grave, survenant généralement dans la période du post-partum. Elle se présente sous des manifestations cliniques très variées pouvant simuler une appendicite, une pathologie annexielle, une colique néphrétique ou une pyélonéphrite aiguë. Nous rapportons un cas d'une thrombose de la veine ovarienne droite en post-partum compliquée d'une embolie pulmonaire.

**Observation :** Mme BF âgée de 29 ans, primipare sans antécédents, a présenté à J1 du post-partum (accouchement par voie basse avec utilisation de forceps) des douleurs de la fosse iliaque droite avec vomissements et diarrhée. A l'examen : fièvre à 38,2°C, sensibilité de la fosse iliaque droite et du flanc droit. Au scanner abdomino-pelvien : importante structure tubulaire latéro-utérine droite épaissie, borgne, remontant le long du flanc droit et se jetant dans la veine cave inférieure, évoquant une thrombose de la veine ovarienne droite. A J4, elle a été transférée au service de réanimation pour détresse respiratoire. A l'examen : fièvre à 38,5°C, polypnée à 28 c/mn, SpO<sub>2</sub>=85% à l'air ambiant, auscultation pulmonaire libre, tachycardie à 124 bpm, PA=150/100 mmHg, mollets souples. GDS : Hypoxie avec effet shunt. ECG : tachycardie sinusale. Biologie : syndrome inflammatoire biologique : GB=12000/mm<sup>3</sup> ; CRP=91 mg/mL. Radiographie du thorax sans anomalies. Une embolie pulmonaire a été suspectée et elle a été mise sous oxygénothérapie à haut débit, anticoagulation curative par héparine à bas poids moléculaire et antibiothérapie à large spectre par voie veineuse à base de Céfotaxime, Métronidazole et Gentamycine. Un angioscanner thoracique a été pratiqué confirmant la présence d'une thrombose de l'artère pulmonaire droite. L'évolution était favorable avec sevrage de l'oxygène à J5. La patiente a été mise sortante à J8 sous anticoagulation orale durant 6 mois.

**Discussion :** L'incidence de la thrombose veineuse ovarienne varie selon la littérature de 0,05 à 0,18% des accouchements. Trois facteurs sont incriminés dans sa pathogénie : la stase veineuse, l'hypercoagulabilité et l'infection pelvienne favorisée par les manœuvres obstétricales. Sa localisation à droite se voit dans 70 à 90% des cas. C'est un syndrome abdominal douloureux et fébrile localisé à la fosse iliaque ou lombaire. Le tableau clinique peut simuler une appendicite, le cas de notre patiente, ou toute autre pathologie pelvienne. A la biologie on retrouve un syndrome inflammatoire biologique aspécifique. Le diagnostic peut être suspecté sur les données de l'échographie pelvienne et confirmé par TDM ou IRM. Le pronostic vital peut être menacé par un état de choc septique ou une embolie pulmonaire, le cas de notre patiente. Le traitement médical repose sur l'anticoagulation avec une antibiothérapie à large spectre. Le traitement chirurgical peut être indiqué en cas de contre-indication au traitement anticoagulant ou après échec du traitement médical ou en cas de thrombus flottant dans la veine cave inférieure. L'évolution sous traitement est souvent favorable, le cas de notre patiente.

**Conclusion :** La thrombophlébite veineuse ovarienne reste une complication rare du post-partum et comporte une symptomatologie non spécifique. Il s'agit cependant d'un diagnostic à évoquer devant tout syndrome douloureux abdominal fébrile du post-partum.

## **P051. L'UTILISATION DU FACTEUR VII ACTIVÉ RECOMBINANT ET LE RISQUE THROMBOTIQUE EN OBSTÉTRIQUE : À PROPOS D'UN CAS**

Hammed. H; Chtara. K. Ammar. R; Baccouch N. Turki.O; Regaig.K; Chaari, A; Bahloul.M.; Ben Hamida.C; Chelly H et Bouaziz.M.

*Service réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax*

**Introduction :** Le facteur VII activé recombinant : rFVIIa ( NOVOSEVEN®) a été initialement développé pour le traitement des hémophiles alloimmunisés puis indiqué dans les hémorragies engageant le pronostic vital et survenant dans un contexte chirurgical, traumatologique, neurologique ou obstétrical. Il a une activité pro coagulante puissante, et pose un problème potentiel en obstétrique, compte tenu de l'hypercoagulabilité de la grossesse qui augmente le risque thrombotique.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 30 ans hospitalisée pour un accouchement à terme qui s'est compliqué d'une inertie utérine avec un état de choc hémorragique non contrôlé par les transfusions massives, l'injection de fibrinogène et du NOVOSEVEN® pour finir par une hystérectomie d'hémostase. La patiente a été hospitalisée en réanimation dans un tableau de défaillance multi-viscérale. Elle avait un état de choc hémorragique nécessitant 3,5 mg/h de noradrénaline, une insuffisance rénale aigue anurique en rapport avec une nécrose tubulaire aigue et la CIVD. Devant un tableau d'œdème aigu du poumon avec une hypoxémie sous 100% FiO<sub>2</sub>, des sécrétions trachéales abondantes et mousseuses, avec une radiographie thoracique montrant des poumons blancs, une échographie cardiaque a été pratiquée. Elle a montré des signes de cœur pulmonaire aigu (dilatation des cavités droites avec une HTAP 72 mmHg et un septum paradoxal) en rapport avec la présence d'un thrombus au niveau de l'oreillette droite et le ventricule droit, une dysfonction systolique a été objectivée avec une FEVG à 45 %. Sur le plan thérapeutique, la patiente a été mise sous noradrénaline à la quelle on a rajouté la dobutamine à la dose de 10µg/kg /min, elle nécessitait plusieurs séances de dialyse. L'anti-coagulation était introduite initialement avec des faibles doses compte tenue du haut risque hémorragique que courait la patiente. Après stabilisation du bilan d'hémostase, la patiente a été efficacement anti-coagulée.

L'évolution était marquée par l'amélioration de l'état hémodynamique avec sevrage progressif des catécholamines, l'échographie cardiaque de contrôle retrouve amélioration de la fonction systolique avec une FEVG à 70 %, et une PAPS à 35 mmHg, avec la présence d'un thrombus au dépend du septum inter-auriculaire. Les séances de dialyse étaient espacées puis arrêtées à l'occasion de la reprise de la diurèse et stabilisation des chiffres d'urée et de créatinémie. Sur le plan respiratoire, la patiente a été trachéotomisée initialement puis sevrée et décanulée. Elle a été transférée au service de gynécologie à J18.

**Conclusion :** Le facteur VII activé constitue une alternative parfois inéluctable en cas d'hémorragie aigue non contrôlée chez les patientes obstétricales. Cependant, les complications thromboemboliques doivent être recherchées en cas de symptomatologie évocatrice

## **P052. ASSOCIATION DEFICIT EN PROTEINE C ET THROMBOSE ARTERIELLE : À PROPOS D'UN CAS**

Sellami.Z\* ; kallel.B ; Mhiiri.L ; Touaibia.M ; Mahfoudh.M ; Dridi.A ; Merghli.A ; Mestiri.T.

*Service d'anesthésie réanimation abderrahmen.M, Ariana*

**Introduction :** Le déficit naturel en anticoagulants : Protéine C, Protéine S, antithrombine et la résistance à la protéine C activée sont corrélés à une thrombophilie héréditaire génétiquement déterminée se manifestant souvent par une thrombose veineuse profonde récurrente chez des sujets jeunes en dehors de contexte favorisants. Récemment, plusieurs cas de thromboses artérielles ont été rapportés chez des sujets ayant une thrombophilie et l'implication de la thrombophilie dans la thrombose artérielle est discutée.

**Cas clinique :** On rapporte le cas de Mr M.M âgé de 27 ans aux antécédents familiaux d'hypercoagulabilité non exploré chez qui on a diagnostiqué une ischémie aigue du membre supérieur droit par thrombose des artères radiale, ulnaire et humérale au décours de son hospitalisation pour prise en charge d'un abcès du poumon. Une enquête étiologique a été menée : à l'E.T.T, une image hyperechogène intra-oreillette gauche a été objectivée non visualisée à l'E.T.O le même jour. L'imagerie par résonance magnétique n'a pas objectivé d'images intra-cavitaires cardiaques. Pas de trouble de rythme à l'ECG. Une tomographie abdominale a mis en évidence des images en rapport avec un infarctus splénique. Le bilan de thrombophilie a conclu à un déficit en protéine C.

**Discussion et conclusion :** L'association déficit en protéine C et thrombose artérielle n'est pas bien établie. Selon l'étude ARIC, le déficit en protéine C est un facteur de risque d'accident vasculaire ischémique mais pas d'événement ischémique coronarien. Toutefois d'autres facteurs de risque vasculaire et d'autres conditions génétiques favorisent la survenue de thrombose artérielle.

## **P053. HEMORRAGIE GRAVE DU POST-PARTUM : PRONOSTIC ET PRISE EN CHARGE DANS LA MATERNITE DE NABEUL**

H. Ben Ahmed, C.Mrazguia, S.Erray, A. Ajili.

*Service de gynécologie obstétrique, hôpital régional de Nabeul*

**Introduction :** L'hémorragie grave du post-partum (HGPP) est une situation dramatique en obstétrique. C'est la première cause de mortalité maternelle en Tunisie. Le but de notre étude est d'analyser les facteurs étiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques de l'HGPP.

**Patientes et méthodes :** Etude rétrospective portant sur 110 patientes ayant présentées une HGPP sur une période de 2 ans et demi s'étalant entre janvier 2010 et juin 2012.

**Résultats :** L'âge moyen : 31ans, la gestité moyenne ; 4.3. Le terme moyen d'accouchement : 36 SA. Les facteurs de risque étaient : Multiparité : 40 patientes, macrosomie : 20 cas, un travail prolongé : 25 cas, extraction instrumentale : 15 patientes, et utérus cicatriciel : 10 patientes. La voie d'accouchement était la voie basse dans 60% des cas. L'atonie utérine et les anomalies d'insertion placentaire étaient les étiologies les plus fréquentes. Le Nalador a été utilisé après l'ocytocine, il a été efficace dans 83% des cas. Toutes nos patientes ont été transfusées par des culots globulaires et par du PFC. Le traitement chirurgical a été nécessaire chez 18 patientes : 8 ligatures des artères hypogastriques, 3 cas de triple ligature, 7 hystérectomies d'hémostase : (rupture utérine : 2 cas, placenta accréta : 2 cas, inertie utérine : 3 cas). Les complications post opératoires : 5 cas d'endométrites, 3 cas d'abcès de paroi. 18 patientes ont nécessité une hospitalisation en réanimation.

**Conclusion :** L'HGPP est une complication redoutable mettant en jeu les pronostics fonctionnel et vital maternel. Elle nécessite une prise en charge rapide et multidisciplinaire.

## **P054. CHOC HEMORRAGIQUE REVELANT UN HEMATOME INTRAMURAL DE L'ARTERE SOUS CLAVIERE GAUCHE.**

S. Habasha ; YZ. Elhechmi ; F. Ghzaïel ; MA. Chérif ; N. Foudhayli ; A. Mabrouki ; H. Nasri ; Z. Jerbi.

*Département Urgences et Réanimation - CHU Habib Thameur - Tunis*

**Introduction :** L'état de choc hémorragique correspond à une insuffisance circulatoire aigue due à une réduction aigue de plus de 40% de la masse sanguine. Le diagnostic est facile lorsqu'il s'agit d'hémorragie extériorisée. Il est plus difficile lorsque l'hémorragie n'est pas extériorisée et non traumatique. Selon la présentation clinique, plusieurs causes peuvent être évoquées, l'hémorragie digestive, la rupture de grossesse extra-utérine, la complication



post-opératoire, la pancréatite aiguë hémorragique, et la rupture d'anévrisme aortique. L'hématome intramural est une entité peu connue. C'est une pathologie qui a plusieurs points communs avec la dissection de l'aorte. Son traitement reste sujet à plusieurs controverses. Nous rapportons ici un cas extrêmement rare de choc hémorragique par hématome intramural.

**Cas clinique :** Monsieur BA âgé de 75 ans, aux antécédents d'HTA, de dyslipidémie et d'AVC ischémique développé il y a une semaine présente des douleurs abdominales notamment épigastrique évoluant depuis 4 jours associées à des mélénas. A l'admission, le patient était asthénique, pale, score de Glasgow à 14, hémiplégie gauche, sensibilité épigastrique, pas de stigmates de saignement, pouls à 100, pression artérielle à 70/50 mmHg, l'ECG a montré des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche, la radio thorax était normale, la biologie a révélé une anémie hypochrome microcytaire à 4,3 g/dl. Le patient a bénéficié d'un remplissage vasculaire associé à la transfusion de culots globulaires. Une fibroscopie oeso-gastro-duodénale a objectivé des ulcérations œsophagiennes avec un ulcère du bulbe Forrest III. Le type Forrest III ne pouvant expliquer le choc hémorragique et devant la découverte d'une asymétrie tensionnelle, un agioscanner thoracique a été effectué permettant d'objectiver une aorte très infiltrée anévrysmale à l'étage thoracique siège de multiples lésions ulcérées avec une plaque à 3,5 cm en aval de l'artère sous clavière gauche avec un saignement actif et un hématome intra-mural. Le patient a reçu 6 culots globulaires sur 48h. Devant la stabilisation de l'état hémodynamique et de l'hémoglobinémie, il a été adressé en chirurgie cardiovasculaire pour complément de prise en charge.

**Conclusion :** Devant un état de choc hémorragique non extériorisé et non traumatique, l'examen clinique doit être refait de façon régulière. Certains types d'ulcères digestifs ne peuvent expliquer la survenue d'un choc hémorragique et la présence de lésions digestives ne doit jamais dispenser de la recherche d'une autre cause au saignement. Le traitement de l'hématome intramural reste sujet à controverse entre le traitement médicale conservateur ou le traitement chirurgicale d'emblée. Le risque est la transformation vers une dissection aortique.

## THEME INFECTIOLOGIE

**P055. IMPACT PRONOSTIQUE DE LA MONOTHERAPIE DANS LES PNEUMONIES AIGÜES COMMUNAUTAIRES SEVERES.**

H Ben Lakhali<sup>(1)\*</sup>, T Marhbène<sup>(1)</sup>, A Hammami<sup>(1)</sup>, A Jamoussi<sup>(1)</sup>, E Mhiri<sup>(2)</sup>, Asma Ghariani<sup>(2)</sup>, F Ben Aziza<sup>(1)</sup>, J Ben Khelil<sup>(1)</sup>, K Ben Romdhane<sup>(1)</sup>, L Slim<sup>(2)</sup>, K Belkhouja<sup>(1)</sup>, M Besbes<sup>(1)</sup>.

1 : Service de Réanimation médicale - Hôpital A. Mami – Ariana

2 : Laboratoire de microbiologie - Hôpital A. Mami – Ariana

**Introduction :** La pneumonie aiguë communautaire (PAC) sévère est associée à une mortalité élevée. Malgré que les sociétés savantes recommandent une association d'antibiotique en cas de PAC sévère, cette démarche est actuellement remise en question. Le but de notre étude était de déterminer si la monothérapie a un impact sur le pronostic des PAC sévères admises en réanimation.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective, incluant tous les patients hospitalisés en réanimation pour PAC selon les critères de l'ATS, entre septembre 2010 et août 2014. Ont été relevés, les données démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives. Ces données ont été comparé entre deux groupes : traitement par monothérapie versus traitement par association d'antibiotique. Une analyse en régression logistique a été réalisée afin de déterminer les facteurs indépendants prédictifs de mortalité en réanimation.

**Résultats :** Durant la période de l'étude 137 patients ont été hospitalisés pour PAC et ayant les critères de l'ATS. Parmi eux 51 patients (37,2%) avaient reçu une monothérapie. Les données démographiques étaient similaires entre les deux groupes (monothérapie versus association). Sur les données cliniques, le groupe association avait plus de patients ayant un score de CURB-65 > 3, plus de patient ayant, à l'admission, une insuffisance rénale aiguë, un choc septique et un tableau de SDRA. Les médianes des scores IGSII et SOFA à l'admission étaient significativement plus élevées dans le groupe association par rapport au groupe monothérapie. La médiane de rapport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> était significativement plus basse dans le groupe association. L'atteinte radiologique bilatérale était plus fréquente dans le groupe association. La médiane de la durée de séjours était similaire entre les deux groupes. La survenue de complication au cours du séjour était significativement plus fréquente dans le groupe association. Le taux de mortalité en réanimation était significativement plus bas dans le groupe monothérapie (21,6% versus 40,7% ; p = 0,022). Après analyse multivariée, trois facteurs indépendants prédictif de mortalité ont été identifié : un score de CURB-65 > 3, le recours à la ventilation mécanique à l'admission et la présence de choc septique à l'admission. Le traitement par monothérapie n'avait pas d'impact sur la mortalité en réanimation après analyse en régression logistique (OR = 0,74 ; IC95% = 0,22-2,48 ; p = 0,63).

**Conclusion :** Le traitement antibiotique par monothérapie n'a pas d'impact sur le pronostic des patients admis en réanimation pour PAC sévère. Les facteurs pronostiques étaient plutôt en rapport avec la gravité du tableau clinique initial.

**P056. PROPOSITION D'UN NOUVEAU SCORE PRONOSTIC POUR LES PNEUMOPATHIES AIGUES COMMUNAUTAIRES.**

YZ. Elhechmi\* ; A. Sebai ; MA Chérif ; N. Foudhayli ; H. Nasri ; B. Bahri ; Z. Jerbi.

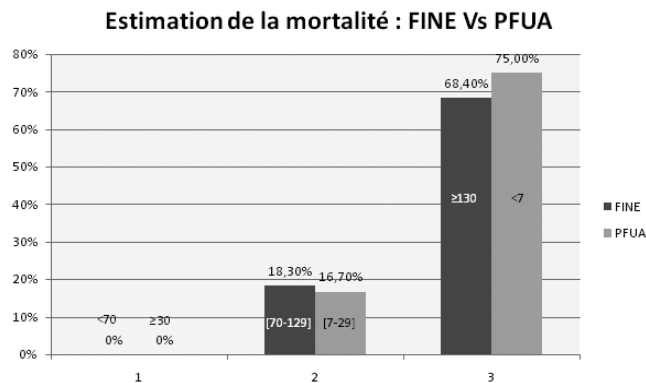
Département Urgences Réanimation - CHU Habib Thameur – Tunis

**Introduction :** Dans le but d'évaluer le pronostic des pneumopathies aiguës communautaires, plusieurs scores pronostic ont été conçus, parmi lesquels le score de FINE et le CURB65. Ces scores sont parfois utilisés pour orienter l'indication d'hospitalisation en médecine ou en unité de soins intensifs. Cependant, nous avons remarqué qu'ils sont rarement utilisés dans la pratique courante. Ceci est dû à la complexité de certains scores et à la confiance du médecin dans le jugement clinique simple et rapide. Dans le contexte des urgences de plus en plus surchargées, les scores devraient être le plus simple possible afin de permettre l'adhésion des médecins urgentistes.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude rétrospective comprenant 100 malades admis dans notre département pour pneumopathie aiguë communautaire hypoxémiant (PAC) entre Janvier 2010 et Janvier 2014. Suite à l'évaluation des différents facteurs pronostiques ainsi qu'à une analyse statistique poussée, nous avons élaboré un score (PFUA) basé sur la formule suivante : [(PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>)/5]-(Urée)-(ASAT/2)]. Nous avons ensuite comparé ce nouveau score par rapport au score de FINE en termes de prédiction du recours à l'intubation et de la mortalité hospitalière.

**Résultats :** La moyenne d'âge était de 68 ± 13 ans, 66% étaient hypertendus, 36% diabétiques, 25% insuffisants cardiaques, 20% en ACFA, 16% de BPCO et 12% d'insuffisants rénaux. 39% présentaient des signes de lutte respiratoire à l'admission, 8% des marbrures. 13% présentaient un trouble de la conscience. La mortalité intra-hospitalière était de 26%. 14% des malades ont été intubés. Les principaux facteurs pronostiques retrouvés sont le rapport PaFi, l'Urée à l'admission et à H12 ainsi que les ASAT. Le tableau 1 montre l'analyse de l'OR pour un score PFUA < 7. Le graphique 1, montre la comparaison entre FINE et PFUA dans la prédiction de la mortalité hospitalière.

Graphique 1, montre la comparaison entre FINE et PFUA dans la prédiction de la mortalité hospitalière.



	Mortalité hospitalière	OR	P
PFUA < 7	75,00%	39,00 [3,48-437,49]	0,001
PFUA ≥ 7	7,10%		

**Conclusion :** Bien que contenant beaucoup moins de paramètres que le score de FINE, le score que nous appelons ici PFUA est comparable au score de FINE en terme de prédiction de la mortalité hospitalière et de recours à l'intubation. Le score PFUA possède en outre des valeurs seuils assez discriminantes pour pouvoir être utilisé comme aide à la décision d'orientation des malades. Une étude prospective multicentrique est en cours d'élaboration dans le but de valider ce nouveau score.

## P057. LES PNEUMONIES AIGÜES COMMUNAUTAIRES SEVERES CHEZ LES PERSONNES AGEES

H Ben Lakhali<sup>(1)\*</sup>, A Jamoussi<sup>(1)</sup>, H Blibech<sup>(1)</sup>, T Marhbène<sup>(1)</sup>, A Ghariani<sup>(2)</sup>, E Mhiri<sup>(2)</sup>, F Ben Aziza<sup>(1)</sup>, K Ben Romdhane<sup>(1)</sup>, J Ben Khelil<sup>(1)</sup>, L Slim<sup>(2)</sup>, K Belkhouja<sup>(1)</sup>, M Besbes<sup>(1)</sup>.

1 : Service de Réanimation médicale - Hôpital A. Mami – Ariana

2 : Laboratoire de microbiologie - Hôpital A. Mami – Ariana

**Introduction :** La pneumonie aiguë communautaire (PAC) sévère est associée à une augmentation de la morbi-mortalité particulièrement chez la personne âgée. Le but de notre étude était de déterminer l'impact de l'âge sur le pronostic des PAC admises en réanimation.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective, comparative incluant tous les patients hospitalisés en réanimation pour PAC, entre septembre 2010 et Aout 2014. Ont été relevés, les données démographiques, cliniques, paracliniques, microbiologiques et évolutives. Ces différentes données ont été comparées entre deux groupes: PAC chez les personnes âgées (âge ≥ 65 ans) versus PAC chez les personnes non âgées (âge < 65 ans).

**Résultats :** Durant la période de l'étude, 173 patients ont été hospitalisés pour PAC. 74 patients (42,8%) étaient des personnes âgées. Les personnes âgées avaient plus de comorbidité par rapport aux non âgées ( $p = 0,013$ ). Pour les données cliniques à l'admission, le nombre de patients ayant une classe de Fine IV, un score de CURB-65 > 3 ainsi que la médiane de l'IGS II étaient statistiquement plus élevés chez les personnes âgées. Une insuffisance rénale était présente chez 42 patients âgés (56,8%) versus 39 patients non âgés (39,4%) avec  $p = 0,024$ . Par ailleurs, le recours à la ventilation mécanique et/ou aux amines était similaire entre les deux groupes. Le germe responsable de la PAC a été identifié chez 50 patients âgés (67,6%) versus 64 patients non âgés (64%), avec  $p = 0,688$ . Dans les deux groupes le germe fréquemment isolé était le pneumocoque : 27 patients (36,5%) dans le groupe personnes âgées versus 36 patients (36,4%) dans le groupe personnes non âgées. La PAC mixte était significativement plus fréquente chez les personnes âgées par rapport aux non âgées (25,7% versus 11,1% ;  $p = 0,012$ ). La fréquence de survenue de complications au cours du séjour était similaire entre les deux groupes. La médiane de la durée de séjours dans le groupe personnes âgées était de 8 jours (2-96), et celle dans le groupe personnes non âgées de 8 jours (2-84) avec  $p = 0,763$ . Le taux de mortalité dans le groupe personnes âgées était de 33,8% (25 patients) et celui dans le groupe personnes non âgées de 22,2% (22 patients) avec  $p = 0,091$ . En analyse multivariée, les facteurs prédictifs de mortalité, chez les personnes âgées étaient: le score de CURB-65 > 3, la présence d'une insuffisance rénale et le recours à la ventilation mécanique à l'admission. Alors que chez les personnes non âgées, la présence de choc septique à l'admission et la survenue de complications au cours du séjour étaient les facteurs prédictifs de mortalité retenus.

**Conclusion :** L'âge avancé n'a pas d'impact sur la morbidité, la mortalité et la durée de séjours des patients admis en réanimation pour PAC. Les facteurs pronostiques étaient en rapport essentiellement avec la gravité du tableau clinique initial.

## **P058. ENDOCARDITE INFECTIEUSE AVEC COMPLICATIONS MULTIPLES CARDIAQUES ET EXTRACARDIAQUES**

Elacheche Walid\* ; Mhamdi Salah ; Nakhli Mohammed Said ; Frigui Walid ; Chelly Mohammed ; Brahim Aymen ; Najja Walid ; Said Rachid.

*Service d'anesthésie et réanimation chirurgicale, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie*

**Introduction :** L'endocardite bactérienne reste une pathologie fréquente aux conséquences souvent graves, et de mortalité élevée. La fréquence d'implantation de prothèses valvulaires mécaniques a conduit à l'apparition de formes cliniques nouvelles souvent de gravité élevée dans un contexte d'infection nosocomiale.

**Observation :** Il s'agit d'une patiente âgée de 60 ans aux antécédents d'hypertension artérielle, et de maladie mitrale sévère d'origine rhumatismale (ETT : Surface mitrale à 0,88cm<sup>2</sup>, insuffisance mitrale sévère). La patiente a eu un remplacement valvulaire mitral par valve mécanique. L'évolution a été marquée, à J8 post opératoire, par l'installation de troubles de la conscience avec hémiparésie gauche dans un contexte fébrile. L'examen physique trouve une patiente fébrile à 39°C, obnubilée (score de Glasgow=13/15) présentant une hémiparésie gauche, stable sur le plan hémodynamique. A la biologie : hyperleucocytose à 36260elmts/mm<sup>3</sup> à prédominance polynucléaire neutrophile, CRP à 303mg/l. Devant ce tableau clinique une endocardite infectieuse sur prothèse mécanique a été suspectée. Une échographie cardiaque a objectivé une végétation de 12 mm mobile au niveau de la valve mitrale. TDM cérébrale et thoraco abdominale à la recherche de localisations septiques secondaires: AVC sylvien superficiel, deux foyers d'infarctus splénique polaire moyen et inférieur. Les hémocultures étaient positives à staphylocoque *meti-S*. Le diagnostic d'endocardite infectieuse compliquée d'un AVC, et d'infarctus splénique a été retenu. Une antibiothérapie par voie intra veineuse a été débutée : Rifampicine, Gentamycine et Vancomycine. L'évolution était marquée par l'amélioration sur le plan infectieux, avec obtention de l'apyrexie à J3 de l'antibiothérapie, sur le plan biologique normalisation du taux de globules blancs et chute du taux de CRP à 53mg/l. A J4 d'antibiothérapie la patiente a présenté une détresse respiratoire aiguë dans un tableau d'insuffisance cardiaque globale, l'échographie cardiaque a objectivé une désinsertion de la prothèse mitrale avec une importante fuite en para prothétique. Au total, il s'agit d'une endocardite précoce sur prothèse mécanique compliquée d'un AVC ischémique, d'infarctus splénique et d'une désinsertion prothétique. La patiente a eu une reprise chirurgicale en urgence pour remplacement valvulaire mitral. L'évolution était favorable.

**Conclusion :** L'endocardite bactérienne est une maladie grave au pronostic sévère. Le clinicien doit évoquer ce diagnostic devant des tableaux infectieux mal précisés et chez tous les patients porteurs d'une prothèse valvulaire. Les métastases septiques ne sont pas rares et concourent à l'aggravation du pronostic. L'amélioration de ce pronostic passe par un traitement médical rigoureux et un suivi clinique et échographique rapproché permettant de prendre une décision chirurgicale sans retard. Une plus grande rigueur dans l'application des règles de prévention pourrait probablement permettre une diminution de l'incidence de la maladie.

## **P059. ETUDE DE 48 CAS D'INFECTIONS NEURO-MENINGEES AUX URGENCES**

MH Khelil\*, K Majed, R Boubaker, Kh Zaouche, S Mansouri, R Baccouche, Ch Bouali, H Maghraoui, Ch Hamouda, N Borsali Falfoul.

*Service des urgences CHU La Rabta, Tunis*

**Introduction :** Les infections neuroméningées sont des pathologies peu fréquentes mais peuvent être graves par leur retentissement sur l'état de conscience et les fonctions cérébrales. La présentation aux urgences est variable en fonction de la participation encéphalitique ou pas mais aussi en fonction de l'âge et des antécédents de chaque malade. Objectif : décrire les différences cliniques para cliniques et évolutives des infections neuroméningées aux urgences.

**Méthodes :** étude rétrospective de 48 dossiers d'infections neuro-méningées aux urgences.

**Résultats :** L'âge moyen de nos malades était de 42 ,8 ans, le sex ratio était de 1.6. l'hypertension artérielle était retrouvée chez 8 malades et le diabète chez 7 malades. Nous avons répartis nos malades en deux groupes : le groupe 1 : 29 malades ayants des méningites et le groupe 2 comporte 19 malades avec méningo-encéphalite. Le tableau ci joint illustre les différences cliniques et évolutives entre les deux groupes.

**Conclusion :** Les patients qui ont été hospitalisés pour méningite ont plus de céphalées, de vomissements, de photophobie, de raideur de la nuque et d'antibiothérapie administrée dans les délais que les malades hospitalisés pour méningo-encéphalite. La confusion mentale, le transfert en réanimation et la mortalité sont plus marqués chez les malades hospitalisés pour méningo-encéphalite.

## **P060. LES MENINGOENCEPHALITES AIGUES CHEZ L'ENFANT A PROPOS DE 14 CAS**

I.Majdoub Frikha, M.Weli\*, R.Guirat, L. Gargouri, Y.Bahri, F.Safi, B.Maalej, N.Ben Halima, A.Mahfoudh.

*Service de pédiatrie, urgences et réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker*

**Introduction :** Les méningo-encéphalites sont des pathologies, le plus souvent infectieuses, du système nerveux central. Leur gravité réside dans une mortalité élevée et des séquelles neuropsychiques parfois lourdes. Le diagnostic étiologique, souvent difficile à obtenir, s'appuie sur les données de la ponction lombaire, de l'IRM cérébrale et des sérologies virales. Les principaux agents impliqués sont viraux (HSV, entérovirus, VZV...). Toute suspicion de méningo-encéphalite herpétique doit faire débiter, en urgence, un traitement antiviral par aciclovir.

**Résultats :** Nous avons colligés 14 cas de méningoencéphalites dans notre service dont 10 sont de sexe masculin. L'âge de survenue varie de 3 mois jusqu'à 13 ans avec une moyenne de 5 ans et demi. Nos patients ont été hospitalisés pour une atteinte neurologique dans un contexte fébrile. Cette atteinte était à type d'une altération de l'état de conscience, de convulsions voire même un état de mal convulsif. Un enfant avait des vertiges avec troubles de la marche. L'installation des symptômes était en 6 jours en moyenne. La ponction lombaire pratiquée pour tous nos patients, était pathologique chez 9 patients ainsi que l'imagerie cérébrale. L'herpès simplex virus a été isolé dans un seul cas. On a identifié un cas de méningoencéphalite post ourlienne et un cas post vaccinale et deux cas d'encéphalite post infectieuse. Pour le reste, l'étiologie herpétique a été suspectée sur les données de l'imagerie même si la recherche était négative. Sur le plan thérapeutique, une antibiothérapie associée à l'aciclovir a été instaurée puis adaptée en fonction des résultats des examens complémentaires. Deux de nos patients ont reçu des bolus de corticoïdes. L'évolution a été marquée par l'amélioration dans 11 cas et trois étaient décédés.

**Conclusion :** Les méningo-encéphalites sont un motif non rare d'hospitalisation en réanimation. Les étiologies sont très variées : infectieuse (virale, bactérienne, fongique...), postinfectieuse ou non-infectieuse. Le développement et la diffusion des techniques diagnostiques, principalement les PCR virales, devraient permettre de diminuer la proportion de méningo-encéphalites d'étiologie non-identifiée.

## **P061. LES PARTICULARITES DE LA MENINGITE BACTERIENNE DE L'ADULTE EN REANIMATION**

I. Chouchene (\*); A. A.kheder (\*); R. R.bouneb (\*); J. Ayachi(\*); S. Bouchoucha (\*).

*Réanimation médicale, C HU Farhat Hached, Sousse, Tunisie*

**Introduction :** Les méningites bactériennes restent une affection fréquente et grave évoluant selon un mode endémo-épidémique à travers le monde. Le pneumocoque et le méningocoque sont les principales bactéries en cause hors période néonatale. Malgré les progrès scientifiques et sanitaires, la mortalité est très variable d'un pays à l'autre (5 à 56%). Qu'en est-il de la Tunisie ? Notre travail concerne les méningites bactériennes admises en soins intensifs; il vise à identifier les facteurs de mauvais pronostic parmi les particularités cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutives ainsi que les actions possibles visant à réduire la mortalité et la morbidité de nos patients.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique couvrant une période de 11 ans (01 janvier 2002 au 31 décembre 2012). Durant cette période nous avons colligé 26 cas de méningite bactérienne admis au service de médecine intensive du CHU Farhat Hached de Sousse.

**Résultats :** L'âge moyen de nos patients est de  $49 \pm 18.3$  ans avec des extrêmes allant de 16 à 83 ans. Une nette prédominance masculine a été noté ( $n=18$ ; 69.2%) avec un sex-ratio de 2.2. Le diabète (15.4%), la HTA (15.4%) et le traumatisme crânien (23.1%) représentent les principaux antécédents retrouvés. Les délais d'hospitalisation sont variables, allant de quelques heures (< 24heures dans 46.2% des cas) à plus de 72 heures (38.5%); la majorité de ces patients ont bénéficié d'une antibiothérapie avant leur admission ayant comporté dans 89% des cas du céfotaxime. Les troubles de la conscience ont été le principal critère de gravité et d'admission. Le coma était sévère (Glasgow <8) dans 30.8% ou modéré (Glasgow : 8-11 dans 53.8%) chez la grande majorité des patients. Trois cas d'état de choc ont été notés dans notre série : dans 2 cas ce choc était minime en rapport avec une hypovolémie et dans un dernier cas c'était un état de choc septique grave à point de départ indéterminé. Le SAPSII moyen est de  $32 \pm 17$  avec des extrêmes allant de 7 à 75. La plupart des LCR de nos patients ( $n=20$ ; 76.9%) avait un aspect trouble ou purulent. La cytologie était franchement élevée (> 1000 éléments blancs/mm<sup>3</sup>) dans 57.7% des cas. L'hypoglycorrhachie a été observée chez tous les patients avec une prédominance de cas où elle était inférieure à 10% de la glycémie (69.2%). Une protéinorrhachie supérieure à 2gr/l a été notée dans 65.4% des cas. La recherche bactériologique a confirmé la nature pneumococcique des germes chez 18 patients (69.3%) tous sensible à la céfotaxime en dehors d'un seul cas à sensibilité diminuée. Une corticothérapie à base de dexaméthasone a été instaurée chez 10 patients (38.5%) à la posologie de 0.6mg/kg/jour avec une durée moyenne de traitement de  $4.5 \pm 2.4$  jours. Le délai moyen d'apyrexie n'a pu être évalué que chez 15 patients (57.7%); il est de  $2 \pm 3.2$  jours. La récupération d'un état de conscience normal a été obtenue en moyenne en  $3.7 \pm 3.1$  jours. La durée moyenne de la ventilation mécanique chez les 14 patients ventilés est de  $11.5 \pm 18.9$  jours avec des extrêmes allant de 2

heures (décès précoce) à 30 jours. A l'exclusion d'un patient ayant séjourné 71 jours en raison d'un état végétatif séquellaire, la moyenne de séjour en réanimation est de  $7.2 \pm 6.1$  jours. Nous déplorons dans notre étude 11 décès soit une mortalité globale de 42.3% dont les causes immédiates sont principalement d'ordre neurologique ( $n=6$ ; 54.5%) en rapport surtout avec une hydrocéphalie aiguë (18.2%), de l'œdème cérébral (18.2%) et de l'hémorragie avec thrombophlébite cérébrale dans 9.1% des cas. Le faible effectif de notre série n'a pas permis d'identifier des facteurs indépendants de mortalité ; cependant, en analyse uni variée des liens statistiquement significatifs avec la mortalité sont apparus avec le SAPSII, l'âge des patients, la mise en œuvre d'une ventilation mécanique et la survenue de complications neurologiques.

**Conclusion :** L'étiologie pneumococcique, l'âge avancé des patients et la gravité globale représentent les 3 grands paramètres décisifs dans l'évolution et le pronostic des méningites bactériennes de l'adulte. La réduction de la mortalité et de la morbidité de ces méningites invite sur le plan préventif à une prise en charge rapide et efficace.

## **P062. INFARCTUS CÉRÉBRAUX DIFFUS DANS LE CADRE D'UNE MENINGO-ENCEPHALITE TUBERCULEUSE: UNE COMPLICATION REDOUTABLE ET DÉROUTANTE.**

Kamoun.M \*, Béji.O , Mejri.O , Hmouda.H.

*Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse*

**Introduction:** La méningo-encéphalite est l'une des atteintes les plus sévères et les plus graves de la tuberculose. Le développement insidieux de symptômes non spécifiques, est souvent à l'origine d'un retard du diagnostic et du traitement. Les infarctus cérébraux, présents à la phase aiguë de la maladie ou survenant en cours de traitement, aggravent le pronostic. Un déficit moteur, si il n'est pas rattaché à une origine infectieuse, peut parfois faire égarer le diagnostic. Nous rapportons une observation de méningo-encéphalite tuberculeuse grave compliquée d'hydrocéphalie et d'infarctus cérébraux multiples, d'évolution insidieuse à l'origine d'un retard diagnostique et thérapeutique. Nous mettons en exergue les différents aspects cliniques et évolutifs ainsi que les implications thérapeutiques dans les méningo-encéphalites tuberculeuses.

**Cas clinique:** Mr A.T. Âgé de 24 ans, aux antécédents de fièvre, sueurs nocturnes et toux depuis 5 mois, a été traité symptomatiquement sans amélioration. Quinze jours avant l'admission, il s'est plaint de céphalées, vomissements, léthargie et syndrome confusionnel. Un traitement par Augmentin et paracétamol a été prescrit après réalisation d'une TDM cérébrale initiale et d'un EEG revenus normaux. Le jour de l'admission, il a été transporté aux urgences où l'examen trouvait un score de Glasgow à 12/15, une fièvre à 39,2°C, et un syndrome méningé. La TDM cérébrale a révélé des hypodensités mal limitées non systématisées bilatérales, asymétriques, profondes des noyaux gris centraux et de la substance blanche péri vasculaire, des régions sylviennes avec prise de contraste méningée diffuse, hydrocéphalie modérée essentiellement sus tentorielle. L'ensemble lésionnel évoquait une leptoméningite compliquée d'encéphalite. La ponction lombaire a révélé une méningite lymphocytaire avec hypoglycorrachie. L'IRM cérébrale a confirmé les anomalies tomodynamométriques. Le patient a été ventilé artificiellement et mis sous claforan 18g/j associé à un traitement anti tuberculeux et corticoïde. L'évolution s'est faite vers la mort cérébrale au bout de 72 heures.

**Discussion:** Notre observation souligne la gravité et le mauvais pronostic de la méningo-encéphalite tuberculeuse vue tardivement. L'évolution insidieuse, et la non spécificité des signes cliniques peuvent parfois retarder le diagnostic. Si les signes basilaires et la paralysie des nerfs crâniens ont un grand intérêt sémiologique, ils sont le plus souvent l'apanage des formes graves et se voient tardivement et sont non spécifiques. Quant à l'ischémie cérébrale, due à des thromboses vasculaires, elle est quasi constante et de degrés variables. Elle est responsable de signes déficitaires, parfois révélateurs de la maladie. Il peut s'agir d'une monoplégie correspondant à un ramollissement superficiel ou d'une hémiplégie massive consécutive à une ischémie profonde et étendue, compliquée d'aphasie. Les difficultés du diagnostic bactériologique, et les similitudes cliniques avec des encéphalites d'autres étiologies, incitent souvent à instaurer un traitement antituberculeux sur des arguments présomptifs tout en couvrant les autres pathogènes. Une corticothérapie précoce s'impose, ainsi qu'un drainage ventriculaire externe en cas d'hydrocéphalie.

**Conclusion:** La gravité de la méningo-encéphalite tuberculeuse incite à engager rapidement un traitement antituberculeux d'épreuve sur des arguments présomptifs. Sa poursuite est obligatoire même en l'absence d'une preuve formelle de tuberculose, et surtout en l'absence d'une cause certaine de l'atteinte encéphalitique. La corticothérapie précoce permet d'atténuer la vascularite thrombosante constamment présente et source ischémie

## **P063. INTERET DE L'IMAGERIE CEREBRALE DANS LE DIAGNOSTIC D'UNE TUBERCULOSE NEUROMENINGEE : A PROPOS D'UN CAS.**

Fatnassi M \*, Ghadhoun H, Guissouma J, Souissi S, Samet M, Brahmi H, Elghord H.

*Service de réanimation médicale, Hôpital universitaire de Bizerte*

**Introduction:** La tuberculose neuroméningée est une cause majeure de morbi-mortalité essentiellement dans les pays en voie de développement (1). Elle se caractérise par un polymorphisme clinique et un manque de spécificité radiologique (2). Elle demeure une pathologie de mauvais pronostic à cause d'un retard diagnostique et thérapeutique.

**Observation:** Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 29 ans, détenu, aux antécédents de tabagisme, de polyposé adénomateux colique familiale avec un décès dans la fratrie au jeune âge et une orchite-épididymite récente traitée par ciprofloxacine. Il est admis en réanimation pour une altération de l'état neurologique faite d'une obnubilation d'installation progressive accompagnée de céphalées, nausées et vomissements évoluant dans un contexte fébrile 38.3°C. L'examen clinique initial trouve un malade subfébrile à 38°C, obnubilé avec GCS à 13/15, une raideur de la nuque, absence de signes de localisation, d'atteinte des nerfs crâniens, de douleurs radiculaires ou de troubles sphinctériens. Le reste de l'examen est sans particularité, en particulier absence de défaillance respiratoire ou hémodynamique. Le bilan biologique était normal à part une hyponatrémie à 129 mmol/l et un syndrome inflammatoire biologique. La radiographie thoracique était sans anomalie. Devant ce tableau, une ponction lombaire a été faite montrant un aspect xantho-chromique avec une cellularité à 108 éléments/mm<sup>3</sup> à prédominance lymphocytaire (91%), une hyperalbuminorachie à 2.1g/l et une normoglycorachie. Le fond d'œil était sans anomalie. Dans le cadre du bilan étiologique, l'enquête infectieuse était négative (BK dans les crachats, les urines et le LCR, PCR HSV dans le LCR, sérologie virale d'hépatite B et C et d'HIV). On a complété par une TDM Cérébrale qui a montré une intensification du rehaussement méningé sans collection au niveau des citernes de la base cadrant avec un aspect en faveur d'une méningite basilaire. Le recours à l'IRM cérébrale a objectivé des lésions des noyaux gris centraux évocatrices de lésions ischémiques secondaires à une vascularite post infectieuse associées à un rehaussement intense méningé bilatéral et diffus prédominant au niveau des citernes de la base et des lésions nodulaires de rehaussement annulaire sous corticales millimétriques frontale droite et pariétale gauche pouvant cadrer avec des tuberculomes. Le diagnostic de tuberculose neuro méningée a été retenu sur les données de l'anamnèse, la présence d'une localisation extra-neurologique: urogénitale pouvant être d'origine tuberculeuse, la méningite lymphocytaire et les données de l'imagerie cérébrale. L'évolution a été marquée par l'amélioration clinique et biologique sans complications ni séquelles neurologiques sous traitement antituberculeux et corticothérapie.

**Commentaires:** La tuberculose du SNC est une entité clinico-radiologique variée et trompeuse. L'imagerie cérébrale, en particulier l'IRM cérébrale, reste le Gold standard dans le diagnostic de cette maladie en l'absence d'arguments infectieux ou biologique.

**Bibliographie:** 1. Boukobza M, Tamer I, Guichard JP. Tuberculose du système nerveux central. Aspects IRM et évolution à propos de 12 cas. J Neuroradiol 1999; 26:172-81. 2. Gupta RK, Gupta S, Singh D, Sharma B, Kohli A, GujralRB. MR imaging and angiography in tuberculous meningitis. Neuroradiology 1994; 36:87-92.

## **P064. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE D'ABCES A PYOGENES DU FOIE COMPLIQUES DE SDRA, A PROPOS D'UN CAS.**

D Zaabar\*, M Lassoued, Y Mlaiki, S.Guellim, I Chaieb, A Lika , N.Ben abdelkader, A Bouazzi ,MM Kharrat, MH Barhoumi.

*Service d'Anesthésie et de Réanimation, Hôpital Ibn Jazzar, Kairouan*

**Introduction :** L'abcès à Pyogène du foie est une pathologie qui est relativement rare et dont la prévalence ne cesse d'augmenter. Son incidence est estimée à 1 cas pour 10000 hospitalisations en France, en Afrique et dans les pays du Maghreb ou prédominent les abcès namibiens. Il peut être très grave, mettant en jeu le pronostic vital par ses complications locales et systémiques. Son diagnostic repose essentiellement sur l'imagerie et surtout la TDM abdominale.

**Observation :** Une patiente de 37 ans, sans antécédents pathologiques, consulte nos urgences pour un abdomen aigu associé à une altération de son état hémodynamique. L'examen trouve une patiente polypnéique : FR à 20 cpm, TA : 8 /6, TT à 120 bpm, une sensibilité abdominale diffuse surtout au niveau de l'hypochondre droit. L'évolution était marquée par l'installation brutale d'un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) d'où son intubation et sa mise sous ventilation mécanique. Une radiographie de thorax faite a montré une ascension de la coupole diaphragmatique droite. TDM abdominale : volumineuse lésion hépatique de segment VI et VII de 16 cm de grand axe, hétérogène avec présence de bulles d'aires évoquant un abcès de foie à pyogènes. La patiente a été admise au bloc opératoire bénéficiant d'un drainage de son abcès et sa mise sous antibiothérapie.

**Conclusion :** Les abcès hépatiques restent une pathologie rare, dont le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et d'un traitement adapté. Le scanner est un examen incontournable car il participe au diagnostic positif et

étiologique, il permet de réaliser dans le même temps une ponction +/- drainage apportant une preuve microbiologique. Enfin il joue également un rôle thérapeutique, permettant le drainage radiologique de l'abcès. Le traitement reste multidisciplinaire comportant toujours une antibiothérapie, souvent un drainage radiologique et la chirurgie.

## **P065. PERITONITE AIGUE SECONDAIRE A UNE PERFORATION DIGESTIVE PAR UN CORPS ETRANGER A PROPOS DE 2 CAS**

Hammed.H\*, Regaieg.K, Turki.O, Ammar.R, Baccouch.N, Chtara.K, Chaari.A, Bahloul.M, Bouaziz.M.

*Réanimation CHU Hbib Bourguiba Sfax*

**Introduction :** La péritonite aiguë secondaire est une inflammation du péritoine qui se développe suite à une contamination par des micro-organismes. La perforation digestive par un corps étranger est une cause exceptionnelle de la péritonite secondaire. Dans ce contexte, nous rapportons deux cas.

**1<sup>er</sup> cas :** patient âgé de 40 ans suivi en psychiatrie sous antidépresseurs, hospitalisé pour une symptomatologie digestive faite des douleurs abdominales avec vomissements une contracture abdominale cliniquement avec un syndrome inflammatoire biologique et un scanner abdominal qui a montré un corps étranger (clou) de 8.2 cm entouré d'un volumineux abcès de 44\*80\*11 mm. Le malade a été opéré en urgence pour une mise à plat d'un abcès intra péritonéal contenant 1.5 l du pus et une extraction du corps étranger. L'évolution en post opératoire était marquée par l'installation d'un tableau de défaillance multi viscérale. Enfin, le patient a été décédé à J3 post opératoire.

**2<sup>ème</sup> cas :** Patient âgé de 67 ans aux antécédents d'hypertension artérielle équilibré sous traitement et d'érysipèle du membre inférieur droit, hospitalisé au service de dermatologie pour prise en charge d'une érysipèle du membre inférieur droit. Au cours de son hospitalisation, il a présenté une douleur abdominale avec des vomissements sans notion d'arrêt des matières et des gaz avec la présence d'une hernie inguino-scrotale engouée. Quarante huit heures après la réduction de cette hernie, le patient a développé une douleur abdominale diffuse avec arrêt des matières et des gaz. Le diagnostic d'une péritonite aiguë a été retenu devant une contracture abdominale, un syndrome inflammatoire biologique et un scanner abdominal montrant un aspect en faveur d'une péritonite localisée au niveau de la fosse iliaque droite et une hernie inguinale droite siège d'une anse grélique comportant un corps étranger. L'exploration per opératoire a découvert un épanchement purulent intra-péritonéal de grande abondance avec la présence d'un corps étranger (cure dent) et une perforation grélique à 20 cm du carrefour iléo-coecal. En post opératoire, le patient a développé un tableau de défaillance multi viscérale fait d'un état de choc septique nécessitant le recours aux catécholamines à base de noradrénaline à une dose de 5 mg/h, un syndrome de détresse respiratoire aiguë et une CIVD avec une insuffisance rénale aiguë. L'évolution était plutôt favorable et on a pu le transféré au service de chirurgie générale après dix jours de réanimation.

En conclusion, les péritonites aiguës généralisées secondaires à une perforation digestive par un corps étranger sont rares. Cependant, elles restent associées à un mauvais pronostic en dehors d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce et adéquate.

## **P066. LES PERITONITES POSTOPERATOIRES COMPLIQUEES DE CHOC SEPTIQUE EN MILIEU DE REANIMATION CHIRURGICALE : A PROPOS DE 2 CAS**

M. Ben Mansour\*, M. Ben Ali, S. Milli, B. Zbidi, L. Stambouli, K. Sassi, F. Hafi, M. Gahbiche.

*Service d'anesthésie Réanimation CHU F.B. Monastir*

**Introduction:** Les péritonites postopératoires (PPO) correspondent à des péritonites nosocomiales secondaires et tertiaires, survenant dans les suites de gestes chirurgicaux. Elles compliquent entre 1,5 % et 3,5 % des laparotomies. Les étiologies sont dominées par la désunion anastomotique du tube digestif. La mortalité hospitalière reste supérieure à 25 %. La PPO non ou tardivement traitée s'accompagne rapidement d'une défaillance d'organe. Elles représentent le problème de difficulté diagnostique (critères habituels du diagnostic de péritonite sont moins fiables en raison du contexte postopératoire) et thérapeutique (infection multi microbienne avec germes multirésistants). Le diagnostic de PPO doit donc toujours être évoqué devant une anomalie des suites normalement attendues après le geste chirurgical. La fièvre, les douleurs abdominales et l'iléus sont les signes les plus fréquents. Le scanner injecté avec opacification digestive est l'examen complémentaire de choix. La prise en charge est médicochirurgicale et repose sur l'éradication du foyer septique associé au traitement des défaillances d'organes, à l'antibiothérapie adaptée et au support nutritionnel.

**Objectif :** Décrire les difficultés posées d'un diagnostic précoce devant des signes cliniques non spécifiques et devant la négativité de certains prélèvements bactériologiques ainsi que les difficultés thérapeutiques. Nous rapportons 02 cas cliniques de patients âgés de 21 et de 33 ans, admis en postopératoire d'une colectomie totale programmée pour rectocolite hémorragique (RCH) et compliquée de PPO avec choc septique. Les 2 patients étaient sous corticothérapie au long cours avec antibiothérapie prophylactique préopératoire.



**Observation 1 :** L'évolution à J 5 PO était marquée par une fièvre isolée associée à une hyperleucocytose sans élévation de la CRP et à un épanchement intra péritonéal de faible abondance à la TDM abdominale. Persistance de fièvre avec instabilité hémodynamique, changement d'aspect du liquide de la stomie, hyperleucocytose avec élévation de la CRP. Reprise chirurgicale était décidée devant le tableau de PPO par lachage anastomotique.. Persistance d'une instabilité hémodynamique post opératoire avec recours aux catécholamines, malgré une antibiothérapie dirigée visant le germe isolé dans le liquide péritonéal. Le patient était décédé à J6 post reprise dans un tableau d'état de choc septique réfractaire.

**Observation 2 :** L'évolution PO était marquée par la survenue à J4 PO d'une fièvre avec tachycardie associées à une hyperleucocytose, élévation de la CRP et des signes tomodynamométriques en faveur de PPO. Après reprise chirurgicale persistance d'instabilité hémodynamique, de fièvre avec élévation de la CRP et hyperleucocytose. La TDM de contrôle a montré des collections liquidiennes sous pariétale paramédiane gauche et en arrière de l'iléostomie. Deuxième reprise chirurgicale était réalisée chez un patient en état de choc septique avec une défaillance multi viscérale. Le patient était décédé 48 heures en post reprise chirurgicale. Conclusion :Le diagnostic des PPO doit être précoce afin d'assurer une prise en charge médicochirurgicale adéquate et réduire ainsi la mortalité hospitalière. La prévention des PPO passe avant tout par les règles de bonnes pratiques chirurgicales pour réduire le risque de fistule anastomotique.

## P067. L'INFECTION NOSOCOMIALE EN MILIEU OBSTETRICAL

E.Fenina, C.Mrazguia, F.Khalaf, A. Ajili.

*Service de gynécologie obstétrique, hôpital régional de Nabeul*

**Introduction :** Les infections nosocomiales représentent dans tous les services hospitaliers et particulièrement les maternités, un enjeu en termes de santé publique. Elles sont responsables d'une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Objectifs : Etablir l'incidence de l'infection nosocomiale et préciser ses facteurs de risque.

**Patientes et méthodes :** Etude rétrospective incluant tout les cas d'infections nosocomiales observées dans notre service sur une durée de un an (2012). Les infections nosocomiales étudiées répondaient aux critères diagnostiques bien définis.

**Résultats :** Durant cette période de un an nous avons colligé 5921 accouchements dont 2184 par césarienne (36,88%). Nous avons observé 59 cas d'infection nosocomiale représentées comme suit/ 21 cas de pyélonéphrite aiguë, 18 cas d'infection du site opératoire, 3 cas d'infection de l'épisiotomie, 8 cas d'endométrite du postpartum, 3 cas de pelvipéritonite postopératoire et 6 broncho-pneumopathies. Le taux d'incidence des infections nosocomiales est significativement plus élevé chez les césarisées que chez les accouchées par voie basse. Les facteurs de risque les plus retrouvés étaient l'obésité (29cas), le diabète (18cas) et la rupture précoce des membranes (14cas). La fièvre était présente dans tous les cas. Toutes les patientes ont été mises sous antibiothérapie adaptée au cas. Une patiente a nécessité un transfert dans un service de réanimation pou état de choc septique. Aucun cas de décès maternel n'a été déploré.

**Conclusion :** L'infection nosocomiale en milieu obstétrical est particulièrement grave. Une surveillance épidémiologique continue des infections nosocomiales maternelles devrait être instaurée pour assurer une prévention efficace.

## P068. LES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN REANIMATION : ETAT DES LIEUX

Trifi A\*, Abdellatif S. Daly F. Mahjoub K. Oueslati M. Manai R. Bellil S. Nasri R. Ben Lakhal S.

*Service de réanimation médicale CHU la Rabta*

**Introduction :** L'infection nosocomiale (IN) est définie par une infection qui n'est ni présente ni en incubation lors de l'admission dans un établissement des soins. Elle peut être causée par les germes du patient, du personnel soignant ou de l'environnement hospitalier. Les bactéries multirésistantes (BMR) sont particulièrement répandues dans les services de réanimation faisant le lit d'infections fréquentes et graves. Ces infections augmentent la morbi-mortalité et le coût des soins. La présente étude effectuée au service de réanimation polyvalente CHU La Rabta a pour objectif d'identifier les caractéristiques épidémiologiques des IN, les facteurs de risque associés, le profil des bactéries responsables ainsi que les conséquences sur la morbimortalité.

**Patientes Et Méthodes :** il s'agit Étude observationnelle longitudinale au cours de l'année 2013. Tous les patients infectés hospitalisés pendant au moins 48H sont inclus dans l'étude, sauf si l'infection est documentée à l'admission. Le type de prélèvement et l'analyse bactériologique sont réalisés en fonction du site de l'IN selon la classification du Comité de Coordination de Lutte contre l'IN 2012. Seuls les examens positifs confirment l'IN dans notre série. L'analyse statistique est faite par le logiciel SPSS 18. Une valeur de  $p < 0,05$  est considérée comme significative.

**Résultats :** Nous avons inclus 63 malades d'âge moyen 51 ans et d'IGSII moyen à 38. La durée moyenne de séjour est de 40.52 (médiane à 21 j). 95% des patients infectés ont eu une Ventilation invasive et 100% un CVC. On a documenté 164 épisodes d'IN correspondant à un Taux d'incidence à 66.4 IN/ 1000 jours d'hospitalisation.

Le nombre d'épisodes d'IN par malade est statistiquement corrélé à la durée de séjour avec (score  $\rho$  de Spearman calculé à 0.9 avec  $p < 0.01$ ). Les pneumopathies viennent en tête de liste (45,7%), suivies des ILC (26,2%), et des bactériémies (18,9%). Le délai de survenue moyen est de  $17 \pm 15$  j. Concernant les micro-organismes isolés, on retrouve : *Acinetobacter Baumannii* (29,2 %), *P. Aeruginosa* (11%), *Klebsiella Pneumonia*(10,4%) et *S. Aureus* (7,3 %). *Acinetobacter baumannii* a un profil multirésistant dans 100% des cas mais colistine sensible dans 87.5%. On a constaté une émergence des entérobactéries productrices de carbapénemases (12%). 28,6 % des entérocoques sont résistants à la vancomycine (ERV). Le recours à la VMC est associé à la survenue des IN dans 50.5% des cas. Les bactériémies sont secondaires à une PAVM dans 29%, liée au cathéter dans 22.5%, et primitives dans 48%. Les autres facteurs de risque qu'on a déterminé sont regroupés dans le tableau joint. La mortalité est importante (65%) et le DC peut être imputé à l'IN dans 36.6% des cas.

Facteurs de risque associés aux IN avec les Odds Ratio et leurs intervalles de confiance 95% respectifs		
FDR	OR	IC
Age > 60 ans	1.61	[0.85 ; 3.01]
Diabète	1.71	[0.77 ; 3.78]
Défaillance d'organe antérieure (resp, cardiaq, rénale ou hépatiq)	2.72	[1.47 ; 5]
CC+ Ttt IS	1.45	[0.7 ; 2.98]
Sepsis	2.56	[1.26 ; 5.18]
Catécholamines	2.15	[1.14 ; 4.02]

**Conclusion :** La fréquence des IN est en perpétuelle élévation dans les structures de soins intensifs notamment avec le développement des techniques invasives. La PAVM demeure la localisation la plus fréquente. Les bactéries fréquemment liées dans notre série étaient des BMR. Les facteurs les plus favorisants sont la présence d'une défaillance d'organe antérieure, le sepsis et l'usage des amines. Par ailleurs, on vient de démontrer et confirmer que les IN allongent la durée d'hospitalisation donc des couts financiers. De même on a objectivé une surmortalité évidente et approximativement un malade infecté sur trois décède par l'IN.

## P069. EPIDEMIOLOGIE DE L INFECTION NOSOCOMIALE BACTERIENNE DANS UN SERVICE D ANESTHESIE REANIMATION

Jaffel. Sarra<sup>1</sup>, Boussofara.Mehdi<sup>2</sup>, Thabet.Lamia<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>: laboratoire de biologie Clinique centre de traumatologie et des grands brûlés. Ben Arous, Tunisie.

<sup>2</sup> : Service d'anesthésie -réanimation centre de traumatologie et des grands brûlés. Ben Arous, Tunisie.

**Introduction :** L'infection nosocomiale est fréquente en réanimation en raison de la baisse des défenses immunitaires, de la multiplication des procédures invasives. L'objectif de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique des infections nosocomiales bactériennes.

**Patients et méthodes :** étude rétrospective réalisée sur une année [du 01/01 au 31/12/2011]. Ont été inclus dans l'étude tous les patients hospitalisés plus de 48 heures. Les critères d'infection préconisés ont été ceux des Centers for Disease Control. Les résultats sont présentés en moyennes  $\pm$  écarts-type.

**Résultats :** 114 patients ont été inclus dans l'étude dont 75.43% ont été admis pour traumatisme grave. La moyenne d'âge a été de 45.48 ans  $\pm$ 19.48, le score IGS moyen a été 37.99  $\pm$ 16.62. Il a été recensé 43 infections nosocomiales soit une incidence de 29.83%, dont: 21 (48.8%) pneumopathies, 11 (25.5%) bactériémies, 05 (11.6%) infections urinaires, 04 méningites (9.3%), 01 (2.3%) infection sur cathéter et 01 (2.3%) péritonite post opératoire. La durée moyenne du séjour a été de 14.33 jours  $\pm$ 17.88. Le délai moyen de survenue de l'infection nosocomiale a été de 8.38 jours  $\pm$ 5.38. 35 (81,4%) des infections ont été confirmées microbiologiquement dont (71.8%) à bacilles gram négatif et (23.1%) à cocci gram positifs. Il a été isolé *Acinetobacter baumannii* (12,30%) *Klebsiella spp* (23.1%), *Staphylococcus aureus* (15.4%) *Pseudomonas aeruginosa* (7.7%). La résistance d '*Acinetobacter baumannii* à la ciprofloxacine, aux aminosides, à la piperacilline  $\pm$  tazobactam a été de 100%, à la ceftazidime 91.67% et à l'imipénème 83.33%. Aucune résistance à la colistine n'a été observée. *Klebsiella spp* a été résistante dans 66.7% à la ceftazidime et 55.6% à la ciprofloxacine. Toutes les souches ont été sensibles à l'imipénème. Les souches BLSE ont représenté 44.4%. La méticillino-résistance chez *Staphylococcus aureus* a été de 66.7%. Aucune résistance aux glycopeptides n'a été observée. *Pseudomonas aeuuginosa* a été résistant à la ceftazidime et à l'imipénème dans 33.3%, à la ciprofloxacine et aux aminosides dans 66.7%. Le taux de mortalité globale dans le service a été de 25.4% alors que celui des patients infectés a été 26.5%.

**Conclusion :** l'incidence des infections nosocomiales reste élevée dans notre service causant essentiellement des pneumopathies. Les germes en cause sont multirésistants d'où la nécessité urgente d'un plan d'action renforçant les différents axes de prévention.

## **P070. PROFIL BACTERIOLOGIQUE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN REANIMATION**

Guizani.T\*, Souii.S, Iassoued.M, Merzougui.I, D.chiraz, Barhoumi.M.H.

*Service réanimation chirurgicale CHU IBN EL JAZZAR KAIROUAN*

**Introduction:** Bien que les progrès en matière de prise en charge en réanimation aient permis ces dernières années la survie des malades gravement atteints, l'infection nosocomiale bactérienne reste l'une des principales causes de morbidités chez ces patients. L'objectif de ce travail est d'identifier les germes en cause des infections nosocomiales et leurs fréquences.

**Matériels et méthodes:** il s'agit d'une étude prospective sur une période de 1 année du 1 mars 2012 au 28 février 2013 englobant 265 patients hospitalisés dans le service réanimation chirurgicale CHU ibn EL jazzar .

**Résultat:** Durant la période d'étude, 125 épisodes infectieux ont été détectés dont 110 ont pu être documentés (88% des cas). Les bactéries les plus souvent isolées étaient des bacilles GRAM négatif dans 80% des cas. La plupart des souches isolées étaient multi-résistantes aux antibiotiques dans 50% des cas.

**Conclusion:** compte tenu de la gravité de l'infection, principale cause de mortalité en réanimation, la prévention paraît un élément primordial pour lutter contre la propagation des germes en particulier les multirésistants.

## **P071. EPIDEMIOLOGIE ET PROFIL DE SENSIBILITE DES ISOLATS D HEMOCULTURE DANS UN SERVICE D ANESTHESIE-REANIMATION AU CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET DES GRANDS BRULES DE BEN AROUS (2011-2014)**

A.Mansour<sup>(1)</sup>, M.Ben Moussa<sup>(1)</sup>, S.Jaffel<sup>(1)</sup>, M.Bousofara<sup>2</sup>, L.Thabet<sup>(1)</sup>. Laboratoire de biologie clinique<sup>(1)</sup>;

*Service d'anesthésie réanimation<sup>2</sup>, Centre de Traumatologie et Grands Brûlés Ben Arous*

**Introduction:** Les bactériémies acquises en milieu de réanimation sont fréquentes et graves. Elles sont associées à une morbidité et mortalité élevée. La connaissance des principales espèces bactériennes responsables de bactériémie et de leur profil de sensibilité guide la mise en place d'une antibiothérapie probabiliste. Objectif: L'objectif de notre étude est de déterminer le profil épidémiologique et la sensibilité aux antibiotiques des bactéries isolées par hémocultures chez des patients hospitalisés dans le service d'anesthésie-réanimation au centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous pendant une période de 3 ans allant du 01/07/2011 au 30/06/2014.

**Matériels et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les isolats des hémocultures réalisées sur une période de 3 ans. Après exclusion des doublons, 629 souches bactériennes non répétitives ont été isolées. L'incubation des flacons d'hémoculture et la détection de la croissance bactérienne a été réalisée par le système Bactec. L'identification bactérienne a été réalisée par les méthodes conventionnelles et l'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée par la méthode de diffusion en milieu gélosé selon les normes de la Société Française de Microbiologie. L'analyse des données a été réalisée par le logiciel SIR.

**Résultats:** Durant la période d'étude, *Staphylococcus aureus* est la principale souche isolée (21.1%) suivi de *Acinetobacter baumannii* (19%), *Klebsiella pneumoniae* (15.1%), *Enterobacter cloacae* (7%) et *Staphylococcus epidermidis* (6.7%). *A.baumannii* présente des taux de résistance élevés à tous les antibiotiques (97.2% à la ceftazidime et 92.1% à l'imipénème) sauf à la colistine et à la rifampicine. La résistance à l'oxacilline était de 70.4% pour *S. aureus* et de 76.2% pour *S.epidermidis*. Aucune résistance aux glycopeptides n'a été observée. Concernant *K. pneumoniae*, 69.8% des souches sont résistantes à la ceftazidime, 76.2% à la ciprofloxacine et 2.6% à l'imipénème. Le taux de résistance de *E.cloacae* est de 53.85% à la ceftazidime, 46.15% à la ciprofloxacine et de 3.45% à l'imipénème.

**Conclusion:** Les bactériémies chez les polytraumatisés sont toutes nosocomiales, causées essentiellement par *S. aureus* et *A.baumannii*. La résistance aux antibiotiques des germes est inquiétante menaçant l'arsenal thérapeutique. Le renforcement des mesures d'hygiène dans une structure adaptée aiderait à freiner la dissémination des bactéries multi-résistantes.

## **P072. EPIDEMIOLOGIE ET PROFIL DE SENSIBILITE DES ISOLATS D HEMOCULTURE CHEZ LE BRULE DANS LE CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET GRANDS BRULES DE BEN AROUS (2011-2014)**

A.Mansour<sup>(1)</sup>, S.Jaffel<sup>(1)</sup>, M.Ben Moussa<sup>(1)</sup>, L.Thabet

*<sup>1</sup>. Laboratoire de biologie clinique<sup>1</sup>, Centre de Traumatologie et Grands Brûlés Ben Arous*

**Introduction:** Les bactériémies nosocomiales sont responsables d'une forte mortalité et morbidité chez les brûlés. La connaissance du profil bactériologique des germes impliqués et de leur résistance aux antibiotiques guide le

choix de l'antibiothérapie de première intention et par conséquent améliore le pronostic de ces patients. Le but de notre travail est de déterminer le profil épidémiologique et la sensibilité aux antibiotiques des bactéries isolées par hémoculture chez les brûlés hospitalisés au service de réanimation des brûlés durant une période de 3 ans (01/07/2011 -30/06/2014).

**Matériels et méthodes :** Durant la période d'étude, 1375 souches non répétitives ont été isolées chez les brûlés à partir des hémocultures. L'identification bactérienne a été réalisée par les méthodes conventionnelles et l'étude de la sensibilité aux antibiotiques réalisée par la méthode de diffusion en milieu gélosé selon les normes de la Société Française de Microbiologie. L'analyse des données a été réalisée par le logiciel SIR.

**Résultats :** Durant la période d'étude, *Staphylococcus aureus* a été la principale bactérie isolée (26%) suivi d'*Acinetobacter baumannii* (11,8%) et de *Klebsiella pneumoniae* (11%). Le taux de SARM (*S.aureus* résistant à la méthicilline) a été de 70%. Aucune résistance aux glycopeptides n'a été observée. Les souches d'*A.baumannii* isolées présentent des résistances élevées à tous les antibiotiques sauf pour la colistine et la rifampicine: 80% des souches sont résistantes à la ceftazidime, 85% à l'imipénème et seulement 2.6% à la colistine. Concernant *Klebsiella pneumoniae*, 70 % des souches ont été résistantes à la ceftazidime ainsi qu'à la ciprofloxacine et 4% résistantes à l'imipénème.

**Conclusion :** Les bactériémies chez les brûlés sont causées essentiellement par *S.aureus* suivi d'*A.baumannii*. La résistance de ces germes aux antibiotiques reste élevée ce qui souligne la nécessité de rationaliser l'utilisation des antibiotiques et de renforcer les mesures d'hygiène dans ce service.

## P073. PROFIL BACTERIOLOGIQUE ET RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES CHEZ LES BRULES EN REANIMATION

A Hachani\*; A Mokline; I Rahmani; L Garsallah; B Gasri; S Tlaili; R Hammouda; AA Messadi.

*Réanimation des brûlés. Centre de traumatologie et des Grands Brûlés*

**Introduction :** Le contrôle de l'infection est un élément clé du traitement du brûlé ceci justifie une surveillance continue de la flore bactérienne de ces malades ; afin d'optimiser le choix de l'antibiothérapie de première intention et également pour mieux définir les stratégies préventives. Le but de notre étude est d'étudier le profil bactériologique des patients brûlés hospitalisés en réanimation.

**Matériels et méthodes :** il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée dans le service de réanimation des brûlés du centre de traumatologie et de grands brûlés de Ben Arous de janvier 2013 jusqu'au décembre 2013. Les prélèvements bactériologiques sont recueillis, chez les malades brûlés admis en réanimation pendant plus que 48 heures. Ces prélèvements sont faits soit dans le cadre d'une enquête d'un sepsis ou d'une enquête épidémiologique. Les différents sites de prélèvements sont : - La brûlure : écouvillons cutanés - Le sang : des hémocultures - Les dispositifs intra-vasculaires: mise en culture des différents cathéters veineux centraux et/ou artériels - Les urines : ECBU - Les poumons : prélèvement distal protégé ou lavage broncho alvéolaire.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 319 patients brûlés ont été admis en réanimation, chez qui 1089 souches bactériennes ont été isolées. Le *Staphylococcus aureus* a été la principale bactérie isolée avec 233 souches (21,4%) avec la prédominance de SARM dans 66% des cas suivi de *Pseudomonas aeruginosa* avec 149 souches (13,7%), de *klebsielle pneumoniae* avec 125 souches (11,5%) et de l'*Acinetobacter baumannii* 114 souches (10,5%). L'étude de la résistance des germes aux antibiotiques pendant les deux semestres de l'année d'étude a révélé une baisse significative de la résistance de *Pseudomonas aeruginosa* envers la ceftazidime et l'imipénème en moyenne de 20 % et de la *K. Pneumoniae* envers la ceftazidime et le tazobactam de 30%. Quant à l'*A.Baumani*, la résistance à la colistine a été notée seulement au premier semestre avec 2% des souches, et pour l'imipénème la résistance a été majorée de 8% pendant le deuxième semestre de l'année. Concernant le SARM, la résistance était constante durant toute la période d'étude et aucune souche résistante à la vancomycine n'a été notée.

**Conclusion :** Chez les brûlés, les germes les plus fréquemment isolés sont par ordre de fréquence Le *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *klebsielle pneumoniae* et l'*Acinetobacter baumannii*. L'évolution des résistances des germes aux antibiotiques semble indiquer un bon usage des antibiotiques.

## P074. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES SOUCHES DE ESCHERICHIA COLI ISOLEES À L'HOPITAL D'ENFANTS BECHIR HAMZA DE TUNIS (2009-2013)

K. Mefteh, S. Dhraief, H. Smaoui, A. Kechrid.

*Laboratoire de Microbiologie, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis*

**Introduction :** *Escherichia coli* (*E. coli*) est un germe commensal de l'intestin de l'homme responsable aussi bien d'infections nosocomiales que communautaires. L'émergence de résistances expose le clinicien à des impasses thérapeutiques. Le but de notre travail est de préciser l'épidémiologie et la résistance aux antibiotiques des souches d'*E.coli* isolées à l'Hôpital d'Enfants de Tunis pendant les cinq dernières années (2009-2013).

**Matériel et méthodes :** Entre Janvier 2009 et Décembre 2013, 4940 souches non répétitives d'E.coli ont été isolées au laboratoire de Microbiologie de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis. L'identification bactérienne a été réalisée par des galeries miniaturisées API (bioMérieux). Le profil de sensibilité aux antibiotiques a été déterminé par la méthode de diffusion en milieu gélosé Mueller Hinton selon les recommandations du CA-SFM. Une détection des souches productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE) a été faite par le test de double synergie avec et sans cloxacilline. La production de carbapénémase a été suspectée sur antibiogramme et confirmée par le test de Hodge modifié.

**Résultats :** Les souches isolées provenaient principalement des urines (73%), de prélèvements néonataux (6%) et d'hémocultures (3%). La résistance à l'amoxicilline et à l'association amoxicilline-acide clavulanique a été notée dans 75% et 25% des cas respectivement. La production de BLSE a nettement augmenté entre 2009 et 2013 pour passer de 8% à 18%. Une élévation du taux de l'ensemble des souches résistantes aux céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération (C3G) a été également notée au cours de ces 5 années (de 10% en 2009 à 18% en 2013). Deux souches seulement étaient résistantes aux carbapénèmes (ertapénème). Concernant les aminosides, 16% des souches étaient résistantes à la kanamycine, 14% à la tobramycine et 12% à la gentamicine. Une association de résistance aux C3G et aux aminosides a été retrouvée dans 75% des cas. Pour la ciprofloxacine, le taux de résistance a été multiplié par 3 entre 2009 et 2013 (de 4% à 12%), ce taux était nettement plus élevé pour les souches résistantes aux C3G (32% contre 6% pour l'ensemble des souches). La résistance au cotrimoxazole et à la tétracycline a concerné 48% des souches. Aucune souche n'était résistante à la colistine.

**Conclusion :** Les souches d'E.coli multi-résistantes aux antibiotiques constituent un véritable problème thérapeutique. Elles sont en nette augmentation ces dernières années. Microbiologistes et cliniciens doivent lutter contre la dissémination de ces souches par une surveillance régulière de l'évolution de leurs résistances et une prescription judicieuse des antibiotiques.

## **P075. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES SOUCHES DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS A L'HOPITAL D'ENFANTS BECHIR HAMZA DE TUNIS (2009-2013)**

S. Dhraief \*, K. Mefteh, H. Smaoui, A. Kechrid.

*Laboratoire de Microbiologie, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis*

**Introduction :** Staphylococcus aureus est une bactérie ubiquitaire appartenant à la flore commensale normale de la peau et des muqueuses. Ce germe est très rencontré en pathologie infectieuse. Le but de notre travail est d'étudier l'épidémiologie et la résistance aux antibiotiques des souches de Staphylococcus aureus isolées à l'Hôpital d'Enfants de Tunis pendant les cinq dernières années (2009-2013).

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective de 1295 souches non répétitives de Staphylococcus aureus isolées au laboratoire de Microbiologie de l'Hôpital d'Enfants de Tunis (2009-2013). L'identification des souches a été effectuée par les méthodes conventionnelles. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée par la méthode de diffusion sur gélose Mueller Hinton selon les recommandations du CA-SFM.

**Résultats :** Les souches isolées provenaient des différents services de l'Hôpital : chirurgie (33%), orthopédie (30%), médecine (24%) et réanimation (10%). Ces bactéries ont été isolées essentiellement des pus, des hémocultures, des prélèvements pulmonaires et des prélèvements ostéo-articulaires dans respectivement 36%, 17%, 13% et 11,5%. L'étude de la sensibilité aux bêta-lactamines a montré que 93% des souches étaient résistantes à la pénicilline G et 21,5% étaient résistantes à la méticilline (SARM). Pour les glycopeptides, aucune souche n'était résistante à la vancomycine et 5 souches étaient intermédiaires à la teicoplanine. La résistance aux aminosides était de 30% pour la kanamycine, 25% pour la streptomycine, 10% pour la tobramycine et 4% pour la gentamicine. Concernant les macrolides, 16% des souches étaient résistantes à l'érythromycine, 2% à la lincomycine alors que la pristamycine était efficace dans tous les cas. Le taux de résistance était de 35% à la tétracycline, 18% à l'acide fusidique, 7% à la rifampicine, 5% à la ciprofloxacine, 3% au chloramphénicol, 2% au cotrimoxazole et 1% à la fosfomycine. Une multi-résistance aux autres familles d'antibiotiques a été notée pour les souches de SARM. En effet, le taux de résistance de ces souches était significativement plus élevé par rapport aux souches sensibles à la méticilline (SASM). La résistance des SARM aux aminosides était : 84% pour la kanamycine, 40% pour la tobramycine et 17% pour la gentamicine. Le taux de résistance des SARM aux autres familles d'antibiotiques était de 75% pour la tétracycline, 56% pour l'acide fusidique et 22% pour la rifampicine et la ciprofloxacine.

**Conclusion :** Dans notre étude, la fréquence d'isolement des SARM était élevée (21,5%). Ce phénotype, possédant de multiples résistances associées à d'autres familles d'antibiotiques, pose parfois de sérieux problèmes thérapeutiques au clinicien. Ceci doit nous inciter à une surveillance régulière de la résistance aux antibiotiques, et surtout à la rationalisation de leur prescription.

## P076. LES PNEUMOPATHIES POST RESECTION PULMONAIRE EN CHIRURGIE THORACIQUE

Mhiri.L\* ; kallel.B ; Touaibia.M ; Sellami.Z ; Mahfoudh.M ; Dridi.A ; Merghli.A ; Mestiri.T

Service d'anesthésie réanimation abderrahmen.M, Ariana.

**Introduction :** L'incidence et l'épidémiologie des pneumopathies sévères post opératoires sont mal connues et très variables selon les données de la littérature. De nombreux paramètres rentrent en compte dans le risque de développer ces pneumopathies tel que l'âge, le tabagisme, les antécédents du patients et le type de la chirurgie. But : L'objectif de cette étude est d'évaluer l'incidence des pneumopathies post opératoires, sa corrélation avec les facteurs de risques et l'épidémiologie bactérienne du service pendant l'année 2013

**Méthodes :** Etude rétrospective menée entre janvier 2013 et janvier 2014 incluant tous les patients ayant eu une résection pulmonaire au service de chirurgie thoracique de l'Ariana. Critères d'exclusion : L'Age<18ans, les patients ayant présentés une infection en préopératoires, les patients ayant une lésion infectée, les dossiers médicaux manquants.

**Résultats :** Parmi les 150 patients randomisés pour une chirurgie de résection pulmonaire, durant cette période, 62 ont été exclus. Ne restant que 88 patients dans notre étude avec 16 patients (18.4%) ont développé une pneumopathie post opératoire. La moyenne d'âge des patients était de 59.25 ans. 73 patients ont eu une lobectomie, 6 patients ont eu une bilobectomie et chez 6 patients le geste était une pneumonectomie. Pour les facteurs de risques, il n'existait pas une différence significative pour le tabagisme (p=0.54), le statut coronaire (p=0.46), la chimiothérapie (p=1) et la radiothérapie (p=0.58) alors qu'il ya une différence significative pour les bronchopathes chroniques BPCO (p=0.16). Chez 7 patients infecté (31%) le germe n'a pas été identifié alors que le germe était retrouvé chez 9 patients (69%) : Haemophilus-influenzae 12.5%, Staphylocoque aureus 12.5% , Acinetobacter baumani 25% et klebsiella-pneumoniae 6.25% , une coinfection était retrouvée dans 12.5% des cas. Parmi les patients ayant développé une infection post opératoire 7 patients soit 43.75% ont bénéficié d'une ventilation non invasives alors que 2 patients (12.5%) ont nécessité l'intubation. Le taux de mortalité chez les patients infectés était de 12.5% alors que chez les patients n'ayant pas développé une pneumopathie était de 0%

**Discussion et Conclusions :** Dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence la gravité de survenue de pneumopathie post résection pulmonaire. L'acinetobacter baumani était le germe le plus incriminé dans notre service. Les patients ayant une bronchopneumopathies obstructives chroniques sont les patient les plus à risque de développer ces pneumopathies post opératoires

## P077. PNEUMONIE ACQUISE SOUS VENTILATION MECANIQUE: INCIDENCE ET FACTEURS PRONOSTIQUES

F Essafi<sup>(1)\*</sup>, A Jamoussi<sup>(1)</sup>, T Marhbène<sup>(1)</sup>, A Hammami<sup>(1)</sup>, E Mhiri<sup>(2)</sup>, Asma Ghariani<sup>(2)</sup>, J Ben Khelil<sup>(1)</sup>, K Ben Romdhane<sup>(1)</sup>, L Slim<sup>(2)</sup>, K Belkhouja<sup>(1)</sup>, M Besbes<sup>(1)</sup>.

1 : Service de Réanimation médicale - Hôpital A. Mami – Ariana

2 : Laboratoire de microbiologie - Hôpital A. Mami – Ariana

**Introduction:** la pneumonie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) est une complication fréquente en réanimation. Elle est associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Le but de notre étude était de déterminer l'incidence de la PAVM ainsi que les facteurs pronostiques.

**Patients et Méthodes :** Etude rétrospective, incluant tous les patients intubés pendant plus que 48h ayant présentés une PAVM, entre septembre 2012 et aout 2014. Ont été relevées, les données cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de toutes les PAVM.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, 256 patients étaient intubés pendant plus que 48 heures. Parmi eux 78 patients (30,5%) avaient présenté au moins un épisode de PAVM. Le nombre de PAVM était de 105 épisodes soit un taux d'incidence à 40% et une densité d'incidence de 26,3/1000 jours de VM. La PAVM était précoce dans 21 épisodes (20%). La médiane d'âge des patients était de 60 ans avec un sexe ratio à 2,7. Une comorbidité, au moins, était présente chez 74,3% des malades, dominées par la BPCO (39,7%). Les médianes des scores IGS II et SOFA étaient respectivement de 34,5 et 5. La médiane de la durée de VM invasive était de 17,5 jours. La médiane du délai de survenu de la PAVM par rapport à l'admission était de 9,5 jours et par rapport à l'intubation de 9 jours. Les germes responsables étaient principalement des BGN (96%), dominés par l'Acinetibacter baumannii (36,9%) et le Pseudomonas aeruginosa(20,8%). Les principales complications des PAVM étaient : le choc septique (51,4%), le SDRA (13,3%) et l'insuffisance rénale aiguë (11,4%). La médiane de la durée de séjour en réanimation était de 22,5 jours avec des extrêmes allant de 7 à 122 jours. Le taux de mortalité était de 71,8% (58 patients). Après analyse en régression logistique, les facteurs indépendant prédictifs de mortalité en réanimation étaient le choc septique compliquant la PAVM (OR=11,16 ; IC95%=2,49-49,89 ; p=0,002), la prise de corticoïde avant l'épisode de PAVM (OR=0,17 ; IC95%=0,04-0,72 ; p=0,016) et le délai de survenue de la PAVM inférieur à 6 jours (OR=9,43 ; IC95%=1,59-56,09 ; p=0,014).

**Conclusion :** L'incidence de la PAVM est élevée. Elle est associée à une mortalité élevée. Les facteurs pronostiques sont le délai de survenue de la PAVM, la survenue de choc septique compliquant la PAVM, et la prise de corticoïdes avant la survenue de la PAVM.

## **P078. PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MECANIQUE : INCIDENCE, FACTEURS DE RISQUE ET ELEMENTS PRONOSTIQUES A PROPOS DE 40 CAS**

ketata salma\*, Euchel kamel, Chaari seddik, Kolsi abdeslem, Laajili khaled, Majdoub ali.

*Anesthésie et réanimation chirurgicale CHU Tahar Sfar Mahdia*

**Introduction:** La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) est une pathologie grave qui reste grevée d'une lourde mortalité, malgré la progression de sa prise en charge. But de travail : Le but de ce travail est d'analyser les PAVM en déterminant l'incidence, les facteurs de risques, les germes responsables, le retentissement sur la durée de séjour et le devenir des patients afin de proposer des mesures de prévention permettant d'améliorer la prise en charge des patients de réanimation.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 40 PAVM colligées au sein du service de réanimation chirurgicale du CHU Tahar Sfar Mahdia sur une période de 2 ans allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2011 jusqu'au 31 Décembre 2012.

**Résultats :** l'incidence de PAVM était de 35% dont 62,5% étaient des PAVM précoces et 37,5% étaient tardives. Le sexe ratio était 5,66 soit 34 hommes versus 6 femmes. L'âge moyen était 45,5 ans. 90% des patients provenaient de service des urgences. La majorité des patients ont été admis pour polytraumatisme. La gravité des pathologies sous-jacentes était prédite par le calcul de 3 indices de gravité SOFA, APACHE II et IGS II. Les facteurs de risques de PAVM trouvés étaient la provenance des urgences ( $p=0,049$ ), le traumatisme thoracique avec des foyers de contusion pulmonaire ( $p=0,01$ ) et l'alimentation entérale ( $p<0,001$ ). Les résultats bactériologiques des PDP étaient disponibles dans 25 cas dont 18 étaient ramenées positives et 7 négatives. Les germes isolés étaient essentiellement des bacilles gram négatif. L'antibiothérapie était débutée dans un délai moyen de 1,63 jour avec une durée moyenne de 7,47 jours. Elle était une bithérapie dans 72,5% des cas. Dans 35% des cas la prescription des antibiotiques de première intention était adaptée. Les PAVM contribuaient à l'augmentation de la durée d'hospitalisation en réanimation ( $p<0,001$ ) et de la ventilation mécanique ( $p<0,001$ ). La mortalité dans le groupe des PAVM était 45%. Les facteurs pronostiques isolés étaient l'âge  $> 60$  ans ( $p=0,04$ ), la présence de tares ( $p=0,004$ ), le score APACHE II  $\geq 15$  ( $p=0,02$ ), les PAVM précoces ( $p=0,01$ ), l'antibiothérapie de première intention non adaptée ( $p<0,001$ ).

**Conclusion :** l'incidence des PAVM demeure élevée dans notre service et la surmortalité reste alarmante. A la lumière de ces données un renforcement des mesures préventives doit être mis en œuvre par un protocole écrit, une sensibilisation et un suivi du personnel soignant dans le service de réanimation et dans tous les autres services de l'établissement et notamment le service des urgences.

## **P079. PNEUMONIE ACQUISE SOUS VENTILATION MECANIQUE: PROFIL MICROBIOLOGIQUE**

F Essafi<sup>(1)</sup>, T Marhbène<sup>(1)</sup>, A Hammami<sup>(1)</sup>, A Jamoussi<sup>(1)</sup>, E Mhiri<sup>(2)</sup>, Asma Ghariani<sup>(2)</sup>, J Ben Khelil<sup>(1)</sup>, K Ben Romdhane<sup>(1)</sup>, L Slim<sup>(2)</sup>, K Belkhouja<sup>(1)</sup>, M Besbes<sup>(1)</sup>.

*1 : Service de Réanimation médicale - Hôpital A. Mami – Ariana*

*2 : Laboratoire de microbiologie - Hôpital A. Mami – Ariana*

**Introduction :** la pneumonie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) est la complication nosocomiale la plus fréquente chez les malades intubés. L'émergence mondiale de bactéries multi-résistantes (BMR), est en aggravation au fil du temps. La connaissance de l'écologie microbienne locale est indispensable pour la prise en charge adéquate des PAVM. L'objectif de ce travail était de déterminer l'écologie bactérienne des PAVM.

**Matériels et méthodes :** Etude rétrospective, incluant tous les patients intubés pendant plus que 48h ayant présenté une PAVM, entre septembre 2012 à aout 2014. Ont été relevés, les données microbiologiques de toutes les PAVM: délai d'installation, nombre d'épisodes, nombre de germes par épisode, le germe isolé et son antibiogramme.

**Résultats :** au cours de la période de l'étude, 78 malades avaient présenté au moins un épisode de PAVM. 105 épisodes de PAVM ont été colligés. La PAVM était polymicrobienne dans 35 épisodes. 149 souches ont été identifiées parmi eux 143 BGN (96%). Les deux germes les plus fréquemment isolés étaient l'*Acinetobacter baumannii*, dans 55 prélèvements (36,9%) et le *Pseudomonas aeruginosa*, dans 31 prélèvements (20,8%). Les entérobactéries étaient isolées dans 44 prélèvements (29,5%) dominé par la *Klebsiella pneumoniae* dans 17 prélèvements (12,1%). Le *Staphylococcus aureus* était isolé dans 6 prélèvements, parmi eux 3 étaient résistants à la méthicilline. Pour l'*Acinetobacter baumannii* : 19 souches (34,5%) étaient sensibles seulement à la colistine, 2 sensibles à la colistine et imipenème (3,5%) et 35 sensibles à la coli et rifampicine (62,5%). Pour le *Pseudomonas aeruginosa*, 7 souches

étaient des BMR (22,5%). Pour les entérobactéries : 20 souches (45,5%) étaient sécrétrices de Bétalactamases à spectre étendu, dont la moitié des *Klebsiella pneumoniae* et 6 souches (13,6%) étaient sécrétrices de carbapénémases tous des *Klebsiella pneumoniae*.

**Conclusion :** les germes identifiés au cours des PAVM sont essentiellement des BGN multirésistants, en premier lieu l'*Acinetobacter baumannii* et le *Pseudomonas aeruginosa*. La nouvelle menace est l'émergence des entérobactéries sécrétrices de carbapénémases.

## **P080. EVOLUTION DE LA COLONISATION TRACHÉALE DES PATIENTS INTUBÉS EN RÉANIMATION: IMPACT DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE INITIALE.**

Ouanes I<sup>(1)</sup>, Marzouk M<sup>(1)</sup>, Philippart F<sup>(2)</sup>, Jalloul F<sup>(1)</sup>, Ben Abdallah S<sup>(1)</sup>, May F, Bouriga MA<sup>(1)</sup>, Dachraoui F<sup>(1)</sup>, Jabla R<sup>(1)</sup>, Ghezaiel H<sup>(1)</sup>, Bouzgarrou R<sup>(1)</sup>, Boussadia M<sup>(1)</sup>, Dghim M<sup>(1)</sup>, Ouanes-Besbes L<sup>(1)</sup>, Misset B<sup>(2)</sup>, Abroug F<sup>(1)</sup>.

1-Service de Réanimation Polyvalente. CHU Monastir, Tunisie. 2- Service de Réanimation Polyvalente. Groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France.

**Introduction :** La colonisation bactérienne des voies aériennes chez les patients sous VM représente la première étape dans la pathogénie des pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM). L'incidence de la colonisation trachéale varie au cours du temps chez les patients ventilés mécaniquement. De plus l'antibiothérapie initiale pourrait avoir un impact sur cette colonisation. Le but de ce travail était de décrire l'évolution au cours du temps de la colonisation trachéale des patients intubés dans notre service de réanimation et de déterminer l'impact de l'antibiothérapie initiale.

**Matériel et Méthodes :** C'est une étude prospective de cohorte réalisée dans le service de réanimation polyvalente de Monastir entre Juillet 2010 et Aout 2012 dans le cadre de l'étude multicentrique TOPCUFF. Les patients consécutivement intubés en réanimation, et ventilés pour une durée > 48 heures, ont été inclus dans cette étude. Des aspirations trachéales quantitatives ont été réalisées à H2, J1, J2, J3 et J7 de l'intubation, au dessous de 1000 CFU/ml il n'y a pas eu d'identification bactérienne. L'évolution de la colonisation bactérienne au cours du temps a été testée avec une régression logistique.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, 95 patients ont été inclus, (Age médian : 66 ans; IQR=25; 70% de sexe masculin; SAPS II médian : 34 ; IQR 14, SOFA médian : 6 ; IQR=4); l'insuffisance respiratoire aigüe était le motif d'admission le plus fréquent (68%). Une aspiration trachéale a été pratiquée chez 94 des patients à H2 (99%) ; 91 à J1 (96%) ; 86 à J2 (90,5%) ; 64 à J3 (64,5%) et 25 à J7 (26%). Une antibiothérapie initiale a été prescrite dans 49,5 % des cas (quinolones dans 43,7%, céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération dans 41,6% et l'amoxicilline-acide clavulanique dans 25%). La figure 1 montre l'évolution de la colonisation trachéale en fonction de l'antibiothérapie, on constate que la colonisation augmente significativement entre H2 et J7 (passant de 32 % à 68% ;  $p < 0,001$ ), l'antibiothérapie initiale était associée à une réduction du pourcentage des patients colonisés à J1, J2 et J3 sans que la différence ne soit significative, à H2 et J7, aucun effet de l'antibiothérapie initiale n'a été constaté.

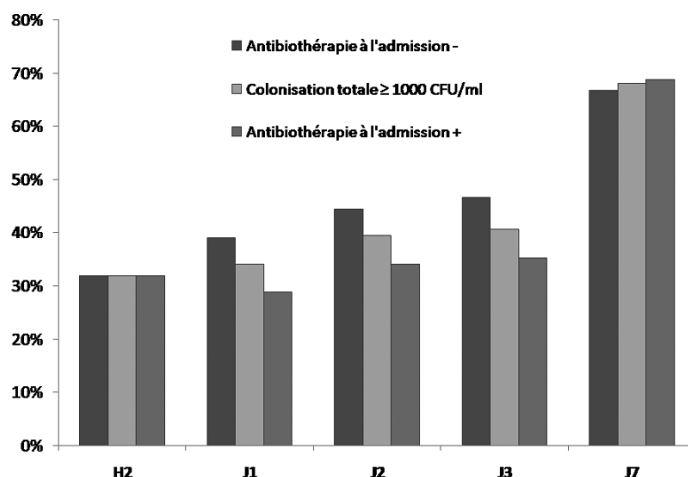


Figure 1 : Evolution de la colonisation trachéale en fonction de l'antibiothérapie initiale.

**Conclusion :** Près du tiers des patients intubés en réanimation sont déjà colonisés à H2, cette colonisation trachéale augmente d'une façon soutenue et significative pour atteindre 68% à J7, une antibiothérapie concomitante ne ciblant pas spécifiquement les germes colonisateurs, serait associée à une réduction non significative du pourcentage des patients colonisés à J1, J2 et J3.



## **P081. LES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MECANIQUE A PSEUDOMONAS AERUGINOSA : ETUDE DE 26 CAS**

H.mâamouri\*, i.fethallah, y.blel, a. mrad, d. lakhdhar, a. abderrahmen, s. souissi, ines bouguerra, n. kouraichi, n.brahmi, m.amamou.

*CAMU service de réanimation médicale*

**Introduction:** Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) représentent la première cause de mortalité en réanimation. Le *Pseudomonas Aeruginosa* représente un des germes les plus fréquemment impliqué. Le but de notre étude est d'étudier les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives des PAVM à *Pseudomonas Aeruginosa*.

**Matériels et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 4 ans et 6 mois, incluant des patients présentant une PAVM à *Pseudomonas Aeruginosa*.

**Résultats:** Durant cette étude, 26 patients ont été colligés. L'âge moyen était de 36 ans  $\pm$  15 avec des extrêmes allant de (17-65). Le sexe ratio était de 1,36. La moyenne du score IGSII à l'admission était de 40  $\pm$  10, le score APACHEII était de 18,6  $\pm$  5 et la médiane du score SOFA était de 5 [4;9,5]. Le motif d'hospitalisation le plus fréquent était une intoxication médicamenteuse retrouvée dans 65,4% des cas. Le délai moyen de survenue de la pneumopathie acquise sous ventilation mécanique était de 5  $\pm$  3 jours. Au moment du diagnostic de PAVM, le score IGSII moyen était de 39  $\pm$  13, le score moyen APACHEII était de 20  $\pm$  7 et la score SOFA à 7  $\pm$  3. L'antibiothérapie empirique était efficace dans 11 cas soit 42%. Le Pyocyanique était résistant à la Pipéracilline dans 42%, Pipéracilline-Tazobactam dans 26,9%, Ticarcilline dans 54%, Ticarcilline-Acide clavulanique dans 46,2%, Imipénème dans 42,3%, Amikacine dans 23%, Ciprofloxacine dans 57,7% et la Rifampicine dans 84,6%. Le pyocyanique était isolé seul dans 15 cas, il était associé à une *Klebsiella Pneumoniae* dans 3 cas et à un *Acinetobacter Baumannii* dans 8 cas. L'antibiothérapie empirique était efficace dans 11 cas soit 42%. 17 patients étaient traités en bithérapie. Les associations les plus fréquentes sont Imipénème- Coli dans 13 cas, Tazocilline-Ciprofloxacine dans 2 cas et Tazocilline-Amiklin dans 2 cas. 15,4% des patients ont présenté un sepsis sévère ou choc septique au moment de la PAVM. L'évolution ultérieure est marquée par un sepsis ou choc septique dans 26,9% des cas, des complications thromboemboliques dans 23,1% des cas, une insuffisance rénale dans 38,5% des cas et une CIVD dans 11,5% des cas. La durée médiane de la ventilation mécanique était de 9[8;32] jours avec une durée moyenne de séjour à 29  $\pm$  31 jours. La mortalité globale était de 46%.

**Discussion:** Le pyocyanique est l'un des germes responsables des PAVM précoces dans notre service. Il a acquis des niveaux de résistances élevés aux aminosides, aux quinolones et à l'imipénème. Il reste toutefois sensible à la colistine. La mortalité reste élevée.

**Conclusion:** La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique est la première cause de mortalité en milieu de réanimation. Elle représente un véritable problème de santé publique. Elle est à l'origine d'une augmentation de la durée de séjour, de la ventilation assistée et d'une lourde morbi-mortalité.

## **P082. EVALUATION DE LA PRATIQUE DES HEMOCULTURES EN MILIEU DE REANIMATION.**

JAMOSSI A<sup>(1)</sup>, AYARI E<sup>(1)\*</sup>, JEMAI G<sup>(1)</sup>, MERHEBENE T<sup>(1)</sup>, BELKHOUBA K<sup>(1)</sup>, BEN ROMDHANE K<sup>(1)</sup>, SLIM L<sup>(2)</sup>, BEN KHELIL J<sup>(1)</sup>, BESBES M<sup>(1)</sup>.

<sup>1</sup> : Réanimation respiratoire, Hôpital A. MAMI, Ariana, TUNIS.

<sup>2</sup> : Laboratoire de microbiologie, Hôpital A. MAMI, Ariana, TUNIS.

**Introduction :** Une hémoculture est un test de laboratoire conçu pour rechercher d'éventuels micro-organismes dans un échantillon de sang circulant, qui est physiologiquement stérile. L'interprétation des résultats dépend entièrement de la qualité des échantillons reçus pour analyse. L'objectif de notre étude était d'évaluer les connaissances théoriques et pratiques concernant la pratique d'hémoculture en milieu de réanimation et de relever les défaillances à l'origine d'échantillons de mauvaise qualité.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle, descriptive, menée au service de réanimation de l'hôpital A. MAMI au cours du mois d'avril 2014. L'outil choisi était un questionnaire s'adressant au personnel paramédical de réanimation. Il comportait 4 parties : les renseignements concernant les participants, l'évaluation des connaissances théoriques et la réalisation de l'acte et des conditions d'acheminement de l'hémoculture au laboratoire.

**Résultats :** Au total, 30 questionnaires ont été analysés. Plus de la moitié des infirmiers interrogés (16/30) étaient des infirmiers principaux. La moitié des infirmiers ne connaissaient pas le but de la réalisation de l'HC. 23 % étaient incapables de définir une HC. Les définitions de l'HC positive et de l'HC contaminée étaient méconnues respectivement par 17 % et 30 % des infirmiers interrogés. Concernant les conditions de prélèvement, 53,3% des infirmiers utilisaient uniquement de la bétadine dermique pour la désinfection du site de ponction et négligeaient les 4 temps de la préparation cutanée. Aucun des infirmiers n'utilisait de compresses stériles pour la désinfection, 86,7 % portaient des gants propres pour la désinfection et aucun n'utilisait de gants stériles durant toute la procédure. La quantité de sang prélevée était insuffisante pour 70% des échantillons de l'ordre de 2 à 5 ml. Le

prélèvement était effectué lors de la mise d'une voie veineuse périphérique dans 67% des cas. Seuls 33% des prélèvements étaient acheminés au laboratoire dans les délais. Le reste (67%) dépendaient de la disponibilité des ouvriers. Pour les échantillons non acheminés immédiatement pour cause de fermeture du laboratoire, 26 % étaient gardés au réfrigérateur. Durant le mois d'avril où s'est déroulée l'enquête, 95 HC ont été adressées au laboratoire de microbiologie, dont 18 (18,9 %) étaient contaminées.

**Conclusion :** L'évaluation étape par étape de la pratique d'HC a permis d'identifier différentes failles à l'origine de la mauvaise qualité des hémocultures avec un taux alarmant de contamination au sein de notre service. Pour pallier à ces failles, un développement professionnel continu doit être instauré ce qui permettra d'actualiser les connaissances théoriques et les réalisations pratiques des HC et de tous les actes infirmiers de façon générale.

## P083. ENTEROCOQUES RESISTANT A LA VANCOMYCINE

Mhamdi Salah ; Nakhli Mohamed Said ; Guizani Taieb\* ; Gaaloul Amina ; Chouchène Amine ; Naija Walid ; Said Rachid.

*Service d'anesthésie réanimation chirurgicale, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie*

**Introduction:** Les entérocoques sont des bactéries commensales du tube digestif humain. Les deux espèces principalement isolées sont *Enterococcus faecalis* dans la grande majorité des cas et *Enterococcus faecium*. Le caractère pathogène des entérocoques n'est plus discuté dans les infections graves monomicrobiennes et à moindre degré polymicrobiennes. La fréquence d'isolement d'entérocoques dans les infections augmente, parallèlement l'isolement de souches multirésistantes augmente aussi avec prédominance de l'*Enterococcus faecium*. Nous rapportons le premier cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) isolé au CHU Sahloul (prélèvement le 12/05/2014 et résultat le 22/05/2014).

**Observation:** Patient J A âgé de 63 ans, admis pour brûlure thermique par carburant. Les brûlures intéressent les deux membres inférieures, la région périnéale et la main droite. La surface brûlée est estimée à 38%. A J4 d'admission, le patient est devenu fébrile. A J6, le patient est mis sous Imipénème (1gx3/j) et vancomycine (500mgx3/j). Zone brûlée de troisième degré infectée et patient toujours fébrile, Le bilan bactériologique (écouvillonnage, hémoculture, ECBU) toujours négatif, échographie cardiaque et doppler des deux membres inférieures normales. A J 24 de traitement antibiotique (avec soins au bloc opératoire depuis l'admission), décision d'arrêt des antibiotiques, vue la non amélioration, avec plusieurs biopsies profondes au niveau des zones brûlées. A J34 d'hospitalisation reprise du traitement antibiotique avec fluconazole (400mgx2/j puis 400mg/j), colimicyne (3millionx3/j), imipénème (1gx3/j) et vancomycine (1gx3/j). Trois jours après le patient est décédé dans un tableau d'état de choc septique. 10 jours après le décès on a reçu le résultat du prélèvement bactériologique (biopsie musculaire): entérocoque *faecium* résistant à la vancomycine et sensible uniquement aux tétracyclines, pristinamycine et au chloramphénicol.

**Conclusion:** L'entérocoque résistant aux glycopeptides pose un problème de traitement s'il s'agit d'infection prouvée, et de risque de passage de résistance au SAMR s'il s'agit de co-colonisation qu'il faut chercher et dépister systématiquement. Le respect des règles d'hygiène et l'indication, le choix raisonné des antibiotiques, leurs posologies adaptées ainsi qu'une durée la plus courte possible diminuent considérablement le risque d'émergence de ce germe.

## P084. VANCOMYCIN RESISTANT ENTEROCOCCI HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTIONS

O. Mejri<sup>(1)</sup>, T. Merhabene<sup>(1)</sup>, A. Jamoussi<sup>(1)</sup>, A. Ghariani<sup>(2)</sup>, K. Ben Rhomdhane<sup>(1)</sup>, E. Mhiri<sup>(2)</sup>, J. Ben Khelil<sup>(1)</sup>, L. Slim<sup>(2)</sup>, K. Belkhouja<sup>(1)</sup>, M. Besbes<sup>(1)</sup>.

*Intensive Care Unit1. A. Mami Hospital. Ariana . Tunis. Microbiology laboratory2. A. Mami Hospital. Ariana.Tunis*

**Background:** Since their first description in 1994, the Vancomycin Resistant Enterococci (VRE) had emerged in the intensive care units. Nosocomial infection due to these strains is associated with increased morbidity and mortality perhaps as a result of limited antibiotic options. Therefore, these strains represent a new threat to public health. The aim of our study was to describe clinical, paraclinical characteristics and evolving therapeutic and outcome of nosocomial infections related to VRE.

**Methods:** This was a retrospective systematic review of all patients admitted to ICU between January 2012 and September 2014. We recorded demographic, clinical and biological data, APACHE II and SOFA scores, treatment modalities and finally evolution.

**Results:** During the study period, 4 patients were included (incidence = 0.93%), 2 males and 2 females. The median age was 65.4 years. The median APACHE II and SOFA scores were 18 and 6. The main reason for ICU hospitalization was respiratory distress. Upon admission, invasive mechanical ventilation was required in all patients. Before the onset of infection, all patients received vancomycin. VRE infection occurred after a median of 45 days (16 - 74). VRE was isolated in blood samples as well as in rectal swabs in all cases, it was *Enterococcus faecium*. All strains were tetracyclin, tigecyclin and pristinamycine susceptible. Two of them were Linezolid resistant. The prescribed antibiotics were Linezolid in monotherapy in 2 patients, tigecycline in one patient and a combination of

fosfomycine-rifampicin in the other case. The median duration of antibiotic treatment was 10 days. The infection was complicated by septic shock in 2 patients among them 1 had ARDS. The median length of stay was 38 days. 3 patients died.

**Conclusion:** Nosocomial infection related to VRE begins to emerge in our ICUs. It is associated with an increased mortality. Preventive and multidisciplinary approach should be implemented based especially on the proper use of antibiotics.

## **P085. SEPTICEMIE A MYROIDE spp EN REANIMATION : A PRORPOS D'UN CAS.**

Baccouch,N.; Chtara. K.; Ammar. R.; Hammed.H; Mnif. K;Turki.O.;Rgaig K.. Chaari.A., Bahloul.M.; Chelly.H.; Ben Hamida. Ch.; Bouaziz.M.

*Service de réanimation polyvalente, CHU Habib Bourguiba Sfax*

**Introduction :** Myroïdes nommé au paravent flavobacterium odoratum est un BGN aérobique non fermentant, non mobile qui donne une pigmentation jaune en milieu de culture. Il comporte 2 espèces (Myroïdes odoratus, Myroïdes odoratimimus). Il est largement répandu dans l'environnement en particulier dans l'eau. Les infections à ce germe sont rares : infection urinaire, endocardite, ventriculite, infection cutanée essentiellement chez l'immunodéprimé.

**Cas clinique :** nous rapportons le cas d'un patient âgé de 26 ans aux antécédents de traumatisme crânien grave à l'âge de 8 ans gardant comme séquelles une paraplégie avec insuffisance respiratoire chronique restrictive. L'interrogatoire révèle aussi des hospitalisations fréquentes pour des pneumopathies à répétition. Il a été admis au service de réanimation le 04/06/2014 pour prise en charge d'une dyspnée dans un contexte fébrile. Le diagnostic d'une pneumopathie communautaire grave a été retenu devant l'aspect purulent des sécrétions, le syndrome inflammatoire clinique et biologique et le syndrome alvéolaire basal droit. Le patient a été initialement traité par Claforan®, Clarid®. L'enquête bactériologique était négative. L'évolution au cours de son hospitalisation a été marquée par la dégradation respiratoire avec recours à la ventilation mécanique. Les prélèvements bactériologiques ont été réalisés et le patient a été mis sous Tienam®, Colimycine®. L'ECG était sans anomalies, la radiographie thoracique a montré une extension des images en bilatéral. L'échocardiographie a montré une FEVG à 50 % avec une hypokinésie septale. Le patient s'est amélioré sur le plan respiratoire mais le syndrome inflammatoire persistait et trois hémocultures revenaient positives avec une culture du bout de cathéter positive au Myroïde spp. Il a été mis sous Tazocilline®. L'échographie trans-œsophagienne n'a pas montré d'endocardite. L'évolution était favorable et il a été mis sortant à domicile avec une canule de trachéotomie.

**Conclusion :** Les septicémies à méroïde constitue une complication rare des patients ayant été traité par une antibiothérapie à large spectre. L'évolution est souvent favorable après instauration d'une antibiothérapie appropriée.

## **P086. LES FONGEMIES A LEVURES EMERGENTES EN UNITE DE SOINS INTENSIFS**

N. Khemakhem<sup>(1)\*</sup>, H.Trabelsi<sup>(1)\*</sup>, S. Neji<sup>(1)\*</sup>, H. Sellami<sup>(1)\*</sup>, F. Cheikhrouhou<sup>(1)\*</sup>, K. Chtara<sup>(2)\*</sup>, R. Guidara<sup>(1)\*</sup>, F. Makni<sup>(1)\*</sup>, M. Bouaziz<sup>(2)\*</sup>, A. Ayadi<sup>(1)\*</sup>.

<sup>1-</sup> Laboratoire de Parasitologie-mycologie, CHU Habib Bourguiba Sfax.

<sup>2-</sup> Service de réanimation médicale, CHU Habib Bourguiba Sfax.

**Introduction :** Des espèces de levures sont de plus en plus émergentes et incriminées dans la survenue d'infections profondes, notamment, chez les patients de réanimation. L'objectif de ce travail était d'attirer l'attention sur l'épidémiologie de ce type de levures dans le service de réanimation.

**Patients et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 14 ans (Janvier 2000-Décembre 2013) des cas de septicémies à levures émergentes chez les patients hospitalisés dans le service réanimation médicale du CHU Habib Bourguiba de Sfax. L'identification des souches a été réalisée par des méthodes phénotypiques (Api ID32C) et l'étude de la sensibilité aux antifongiques a été réalisée par la méthode colorimétrique du Sensititre YeastOne et la méthode du fungitest.

**Résultats:** Durant la période d'étude, nous avons colligé 154 cas de septicémie à levures. C.tropicalis était l'espèce la plus isolée (20.7%) suivie par C.albicans (18.8%) et C.glabrata (18.1%). 49 (31.8%) étaient causées par des levures émergentes. L'âge moyen de nos patients était de 45 ans avec des extrêmes allant de 14 à 84 ans. Le sex-ratio était de 27,6. Les espèces isolées étaient dominées par Candida lipolytica (83,6%) suivies par C.krusei (6%), C. lusitaniae (4%), C. Dubliniensis (2%), Trichosporon asahii (2%) et Geotrichum capitatum (2%). Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient le polytraumatisme (54,1%), suivi par la détresse respiratoire (16.6%). Les facteurs de risque étaient dominés par l'antibiothérapie à large spectre (100%), le cathétérisme (91.6%), l'hospitalisation prolongée en unité de soins intensifs (83.3%) et l'intervention chirurgicale récente (39.6%). La fièvre prolongée était le symptôme clinique le plus trouvé (81.2%). L'étude de la sensibilité aux antifongiques a montré que 4.8% des souches de C.lipolytica étaient résistantes à l'amphotéricine B, 7.3% résistantes au voriconazole, 9.7% résistantes au fluconazole et 68.2% résistantes au 5 flucytosine. 50% des souches de C.lusitaniae et de G. capitatum étaient résistantes 5 flucytosine. L'évolution était favorable dans 53.4% des cas.

**Discussion:** Classiquement, *C. albicans* était l'espèce dominante dans le monde. Actuellement, on assiste à un bouleversement de ce spectre avec l'émergence de levures peu pathogènes mais de plus en plus isolées des hémocultures. Il semble, ainsi, indispensable de poursuivre la surveillance de ces infections afin de détecter rapidement toute modification de l'épidémiologie et de la sensibilité aux antifongiques de ces pathogènes responsables d'une lourde morbidité pour certaines espèces.

## P087. CANDIDEMIES EN REANIMATION : A PROPOS DE 6 CAS

E Ayari<sup>\*(1)</sup>, T Merhabene<sup>(1)</sup>, A Jamoussi<sup>(1)</sup>, A Ghariani<sup>(2)</sup>, K Ben Rhomdhane<sup>(1)</sup>, E Mhiri<sup>(2)</sup>, J Ben Khelil<sup>(1)</sup>, L Slim<sup>(2)</sup>, K Belkhouja<sup>(1)</sup>, M Besbes<sup>(1)</sup>.

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

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

**Introduction :** Les candidémies survenues en milieu de réanimation sont rares. Elles sont associées à une mortalité élevée. Le but de ce travail était d'étudier les caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives des candidémies en réanimation.

**Patients et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, incluant tout patient hospitalisé en réanimation entre janvier 2012 et septembre 2014, et chez qui une candidémie a été diagnostiquée. Ont été relevées les données cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

**Résultats :** Durant la période de l'étude 6 patients ont été inclus (5 hommes et une femme). La médiane d'âge était de 49,5 ans (25-72). Les médianes des scores IGS II et SOFA à l'admission étaient respectivement de 60,5 et 9,5. Deux de nos patients étaient diabétiques, deux étaient sous corticothérapie au long cours et un patient était neutropénique. Tous ont eu une antibiothérapie à large spectre avant la documentation de la candidémie. Trois patients étaient admis dans un tableau d'état de choc septique. Tous nos patients ont nécessité la mise en place d'une voie veineuse centrale. La ventilation mécanique invasive a été nécessaire chez tous les patients avec une durée médiane de 7,5 jours (3-81). Quatre patients ont nécessité des séances d'épuration extra rénale au cours de leur hospitalisation. La médiane du délai de survenue de la candidémie par rapport à l'admission était de 2,5 jours (1-60). L'index de colonisation par le candida a été calculé chez quatre malades, il était de 0,7 chez deux d'entre eux. Les germes isolés étaient un candida famata chez 3 patients et un candida albicans chez les 3 restants. Le traitement antifongique était à base de voriconazole chez 4 patients, de fluconazole chez un patient et de Caspofungine chez un patient (initialement mis sous Amphotéricine B). La médiane de la durée du traitement antifongique était de 9 jours (1-29). Quatre patients sont décédés dans un tableau d'état de choc septique. La médiane de la durée de séjour en réanimation était de 15 jours avec des extrêmes allant de 3 à 81 jours.

**Conclusion :** Les candidémies nosocomiales en réanimation sont rares. Elles sont grevées d'une lourde mortalité.

## P088. LES CANDIDOSES INVASIVES EN MILIEU DE REANIMATION CHIRURGICALE : DIFFICULTE DIAGNOSTIQUE ET EVOLUTION A PROPOS DE 3 CAS

M. Ben Mansour\*, M. Ben Ali, B. Zbidi, S. Milli, L. Stambouli, F. Hafi, K. Sassi, M. Gahbiche.

Service d'anesthésie Réanimation CHU F.B. Monastir

**Introduction :** Les candidoses invasives sont les infections fongiques nosocomiales les plus fréquentes (70 à 90 %) en milieu de réanimation. Elles sont provoquées par des levures appartenant au groupe Candida. Le diagnostic est difficile et souvent retardé devant l'absence de spécificité des signes cliniques et devant le problème de sensibilité des hémocultures. Elles sont graves, grevées d'une mortalité élevée de 40 à 75% des cas et sont responsables d'une augmentation de la durée de ventilation mécanique ainsi que la durée du séjour en réanimation.

**Objectif :** Décrire les difficultés diagnostiques ainsi que l'évolution chez ces patients. Nous rapportons 03 cas cliniques de patients ayant une candidose invasive et admis pour polytraumatisme.

**Observation 1 :** Patient âgé de 19 ans sans antécédent admis pour un traumatisme crânien grave (TCG) et opéré à J1 pour hématome extradural compressif. Poursuite de sédation et de ventilation mécanique. Le diagnostic de pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) était retenu à J4 devant la fièvre avec sécrétions trachéales purulentes et germe isolé dans l'aspiration trachéale (AT). Une antibiothérapie dirigée par imipenème / colimycine a été instaurée en plus du vancomycine prescrit pour un staphylocoque (culture du cathéter central). L'évolution était défavorable en dépit de l'antibiothérapie adaptée. Le reste du bilan infectieux était négatif. La sérologie candida était positive à J14. L'évolution était favorable sous antifongique (candidas).

**Observation 2 :** Patient âgé de 31 ans sans antécédents admis pour polytraumatisme avec TCG. Il a eu à J1 une évacuation d'un hématome cérébral avec poursuite de sédation et de ventilation mécanique. Diagnostic de PAVM était posé à J3 : fièvre avec klebsielle pneumonie isolé dans l'aspiration trachéale et sensible au tazocilline/amikacine. L'évolution était défavorable avec persistance d'une fièvre à 40° avec SDRA en rapport à une PAVM à acinetobacter. Le patient est traité par Imipenème/colimycine. Persistance d'une fièvre en plateau sous antibiothérapie malgré une amélioration respiratoire. L'examen bactériologique était négatif (ponction lombaire, ECBU, AT). La sérologie de candida était initialement négative puis positive à J 17. Les prélèvements aux différents sites n'ont

pas isolé de candida. La TDM de contrôle a éliminé une localisation septique. Le patient était traité par triflucan avec bonne évolution clinique.

**Observation 3 :** Patient âgé de 26 ans sans antécédents admis pour traumatisme thoracique grave (plaie par arme blanche). Le patient a eu un drainage thoracique avec évolution initialement favorable et compliquée à J 2 de détresse respiratoire et hémodynamique. Le patient était intubé ventilé. Le diagnostic d'une brèche diaphragmatique avec perforation gastrique était posé par TDM thoraco abdominale avec opacification digestive. Patient était opéré en urgence et mis sous alimentation parentérale exclusive. Survenue d'une fièvre à J2 en une PAVM à pseudomonas. L'ECBU a montré des levures, la sérologie de candida était négative. Persistance d'une fièvre à 40°-41. Le bilan bactériologique était négatif, excepte des levures isolées par écouvillonnage de la plaie opératoire. La sérologie de candida de contrôle était positive. L'évolution était favorable sous antifongique (cancidas).

## **P089. LES CANDIDEMIES EN REANIMATION : EPIDEMIOLOGIE, ETUDE CLINIQUE ET PRONOSTIC.**

Mahjoub K\*, Bellili S, Abdellatif S, Trifi A, Daly F, Barghouth M, Bachrouch M, Nasri R, Ben Lakhel S.

*Service de Réanimation Médicale, CHU La Rabta. Tunis, Tunisie.*

**Introduction :** Les candidémies sont des infections à levures du genre *Candida* dont l'incidence en Réanimation se voit à la hausse ces dernières années, et dont la morbi-mortalité est loin d'être négligeable.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients ayant présenté une candidémie, hospitalisés au service de Réanimation de l'hôpital La Rabta entre Janvier 2013 et Septembre 2014.

**Résultats :** Ont été inclus 25 patients dont 16 hommes et 9 femmes (sex-ratio 1,7). Age moyen :  $49,6 \pm 17,3$  ans. IGS II :  $41 \pm 13,3$ . APACHE II :  $16,4 \pm 6$ . La médiane de la durée de séjour est de 38 jours (extrêmes : 4 et 155 j). La ventilation mécanique s'est imposée dans 92% des cas avec une durée médiane de 33 jours. Parmi nos patients, 9 sont diabétiques (36%), 2 cirrhotiques, 2 insuffisants rénaux au stade terminal, 5 ont une pathologie auto-immune, 2 avaient un décollement cutané important et un patient VIH+. Dans la période précédant l'épisode candidémique, tous les patients ont eu un cathétérisme veineux central, 80% avaient au moins une infection nosocomiale traitée par une antibiothérapie à large spectre, 64% ont bénéficié d'une nutrition parentérale, 60% étaient sous corticothérapie, 20% sous EER et 20% avaient subi une chirurgie récente. Trente candidémies ont été diagnostiquées chez les 25 patients, soit une incidence à 8,5% et une densité d'incidence à 6,8 pour 1000 jours d'hospitalisation. Le délai médian de survenue est de 12,5 jours par rapport à l'admission en Réanimation, avec des extrêmes de 1 et 99 jours. Le diagnostic a été suspecté devant la persistance d'un état de choc septique dans 14 cas (46,7%) et d'une fièvre dans les 16 autres cas (53,3%), sous une antibiothérapie jugée adéquate depuis au moins 72 heures. Un index de colonisation mycologique a été réalisé dans 24 cas (80%) révélant au moins 2 sites colonisés dans 22 cas (91,7%). Une candidurie est retrouvée dans 9 cas (37,5%). Le *Candida* était le même que celui de la candidémie dans tous les cas. Le traitement antifongique était : Amphotéricine B dans 20 cas (66,7%), Voriconazole dans 6 cas (20%) et Fluconazole dans 4 cas (13,3%). La durée médiane de traitement est de 12,5 jours avec des extrêmes de 1 et 30 jours.

La mortalité dans cette série est de 60%. Le décès est imputé à la candidémie dans 8 cas sur 18, soit une mortalité imputable de 44,5%. Il survient dans tous les cas dans un tableau d'état de choc septique rapidement réfractaire avec défaillance multiviscérale.

Type de <i>Candida</i>	Pourcentage de cas (N)
Albicans	56,7% (N=17)
Glabrata	23,3% (N=7)
Parapsilosis	16,7% (N=5)
Tropicalis	3,3% (N=1)
Total	100% (N=30)

**Conclusion :** L'incidence des candidémies en Réanimation est en augmentation. Elles occupent désormais une place importante parmi les infections liées aux soins, et sont responsables d'un allongement de la durée de séjour, d'un surcoût et d'une surmortalité. Le diagnostic souvent difficile, doit se baser d'abord sur une présomption clinique, notamment par l'analyse des facteurs de risque d'infection fongique, appuyée dans un deuxième temps par la réalisation d'index de colonisation mycologique, d'hémocultures sur milieu de Sabouraud et la culture systématique des cathéters.

## **P090. COLONISATION PAR LES LEVURES DU GENRE CANDIDA EN MILIEU DE REANIMATION : FACTEURS DE RISQUE ET IMPLICATION DANS LE DEVELOPPEMENT DES INFECTIONS INVASIVES**

K. Rouis<sup>(1)\*</sup>, H. Hannachi<sup>(1)</sup>, N. Yousfi<sup>(1)</sup>, M. Ayoub<sup>(1)</sup>, L. Mtibaa<sup>(1)</sup>, Z. Hajjaj<sup>(2)</sup>, M. Ferjani<sup>(2)</sup>, B. Jemli<sup>(1)</sup>, S. Gargouri<sup>(1)</sup>.

1- Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

2- Service de Réanimation, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

**Introduction :** Durant ces dernières années, une augmentation de l'incidence des infections fongiques a été observée dans les unités de soins intensifs. L'étude de la colonisation des patients de réanimation a été suggérée comme facteur prédictif de la survenue de telles infections. L'objectif de ce travail consiste à évaluer les facteurs de risque de la colonisation par les levures du genre *Candida* en milieu de réanimation et déterminer l'apport de l'indice de colonisation dans la prise en charge des infections invasives.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 48 patients hospitalisés dans le service de réanimation durant la période allant du mois de janvier jusqu'au mois de juin 2014. Tous les patients ont bénéficié de prélèvements périphériques (buccal, nasal et rectal) et de prélèvements profonds (urine, prélèvement trachéal protégé (PTP) et hémoculture). Une culture initiale a été effectuée sur milieu Sabouraud avec et sans Actidione et sur milieu CHROMagar *Candida* Medium. L'identification de l'espèce a été réalisée en se basant sur les caractères phénotypiques et biochimiques moyennant des auxanogrammes type Auxacolor®. L'indice de colonisation a été calculé pour chaque patient et défini par le rapport entre le nombre de sites de culture positive à *Candida* et le nombre total de sites explorés. Les patients présentant un  $IC > 0.2$  ont été considérés comme étant colonisés à *Candida*. Un  $IC \geq 0,5$  est le témoin d'une forte colonisation.

**Résultats :** Durant la période d'étude, nous avons colligé 421 prélèvements provenant de 48 patients. Ces prélèvements sont répartis comme suit : 309 prélèvements périphériques, 33 PTP, 50 hémocultures et 29 prélèvements d'urine. La moyenne d'âge des patients est de  $53 \pm 44$  ans avec un sexe ratio (H/F) de 3. Une colonisation à *Candida* a été trouvée chez 33 patients (68%) dont 13 étaient fortement colonisés. Le pourcentage de colonisation le plus élevé a été détecté au niveau des prélèvements buccaux (71%) et rectaux (48%). Les souches les plus isolées étaient *C.albicans* et *C.glabrata*. La colonisation était significativement associée à l'hémodialyse (100%,  $p=0,014$ ), au séjour supérieur à 7 jours en réanimation (96%,  $p=0,008$ ), à la défaillance multi-viscérale (88%,  $p=0,03$ ), à la mise d'une sonde vésicale (100%,  $p=0,003$ ) ainsi qu'à l'antibiothérapie à large spectre (90%,  $p=0,05$ ) (figure). Nous avons constaté une corrélation étroite entre l'indice de colonisation et la survenue d'une candidose invasive (Indice de Pearson=0,2). En effet, le diagnostic d'une infection invasive à *Candida* nécessitant le recours aux antifongiques par voie systémique s'est basé sur l'association d'un  $IC \geq 0,5$  et l'isolement d'une levure à partir d'un prélèvement profond.

**Conclusion :** Le diagnostic de candidose invasive demeure présomptif, et donc essentiellement clinique. La persistance d'un état fébrile ou septique inexplicé en présence de facteurs de risques, ou la découverte fortuite d'une colonisation conduisent souvent tardivement à rechercher activement une infection à *Candida*. Chez les patients séjournant en réanimation, l'évaluation des facteurs de risque et la détermination de l'index de colonisation constituent les éléments d'une véritable démarche diagnostique qui permet d'éviter ces difficultés. Elle permet également la mise en route d'un traitement précoce adapté.

## **P091. PROFIL DE SENSIBILITE IN VITRO DU CANDIDA sp AUX ANTIFONGIQUES EN MILIEU DE REANIMATION**

H. Hannachi\*, K. Rouis, M. Ayoub, N. Yousfi, L. Mtibaa, B. Jemli, S. Gargouri.

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

**Introduction :** Les infections fongiques systémiques représentent un problème de santé émergent dans les unités de soin intensif. Le genre *Candida* est le plus incriminé dans ces infections. La résistance aux antifongiques pourrait rendre la prise en charge thérapeutique plus difficile. L'objectif de cette étude est d'évaluer la résistance aux antifongiques des *Candida* isolés dans les prélèvements profonds des patients hospitalisés en réanimation.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective allant du mois de janvier 2014 au mois de septembre de la même année. Elle a porté sur les prélèvements urinaires, sanguins et respiratoires parvenus au laboratoire de Parasitologie-Mycologie de l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis prélevés chez des patients hospitalisés en réanimation de la même structure. Une culture sur milieu Sabouraud avec et sans Actidione ainsi qu'une culture sur milieu Chromagar® *Candiselect* ont été faites. Nous avons ensuite réalisé une identification phénotypique et biochimique par des auxanogrammes type Auxacolor® (BioRad-France). L'étude de la sensibilité aux antifongiques a été déterminée par méthode colorimétrique type Fungitest® (BioRad-France). A partir d'une culture de 24 heures de chaque isolat, 3 colonies ont été mises en suspension dans un tube stérile contenant 3 mL de NaCl. Après une dilution au 1/20, 100 µl ont été déversés dans une solution médium. La densité obtenue a été de 0.5 McFarland

standards. Un inoculum de 10 µl a été testé vis-à-vis de 2 concentrations croissantes des molécules suivantes : Miconazole, Itraconazole, Fluconazole, Kétoconazole Amphotéricine B et la 5 Fluorocytosine (5FC).

**Résultats :** Durant la période d'étude, nous avons colligé 577 prélèvements dont 113 (20%) sont revenus positifs. Les prélèvements se répartissaient ainsi : 62% urinaires, 23% des prélèvements trachéaux protégés (PTP), 11,5% des hémocultures et 3,5% des lavages broncho-alvéolaires. Les levures isolées étaient *C. Albicans* (37%), *C. Glabrata* (23%), *C. Tropicalis* (13%), *Trichosporon sp.* (12%), *C. Parapsilosis* (7%), *Geotrichum sp.* (6%) et *C. Dubliensis* (1%). L'espèce la plus retrouvée était *C. Albicans* aussi bien dans les urines (34%) que dans le sang (53%). Dans les PTP, on a retrouvé la même proportion de *C. Albicans* et de *C. Glabrata* (31%). La résistance à l'Itraconazole a été la plus élevée (66%) suivie de celle au Miconazole (41%). Dans 7% des cas, les souches ont été résistantes au Fluconazole et 3% l'étaient pour le Kétoconazole. La sensibilité au 5FC a été préservée dans 4% des cas. Quant à l'Amphotéricine B, seulement 2% des souches étaient résistantes en particulier *Trichosporon sp.* et *Geotrichum sp.* La résistance à l'Itraconazole a été observée surtout chez *Geotrichum sp.* (100%) et *C. Glabrata* (89%). Pour le Miconazole, toutes les souches de *C. Parapsilosis* et de *C. dubliensis* étaient résistantes (figure 1).

**Conclusion :** Les espèces de *Candida non albicans* sont les plus retrouvées dans les prélèvements profonds des patients de réanimation. La résistance au Miconazole et à l'Itraconazole serait en rapport avec l'utilisation préventive des dérivés azolés chez ces malades. Une surveillance étroite de la sensibilité aux antifongiques est nécessaire pour limiter l'apparition de souches multirésistantes chez cette population à risque.

## P092. YARROWIA LIPOLYTICA : UNE LEVURE D'ACTUALITE

N. Khemakhem<sup>(1)\*</sup>, H.Trabelsi<sup>(1)\*</sup>, K. Chtara<sup>(2)\*</sup>, S. Neji<sup>(1)\*</sup>, F. Cheikhrouhou<sup>(1)\*</sup>, H. Sellami<sup>(1)\*</sup>, R. Guidara<sup>(1)\*</sup>, F. Makni<sup>(1)\*</sup>, M. Bouaziz<sup>(2)\*</sup>, A. Ayadi<sup>(1)\*</sup>.

*1- Laboratoire de Parasitologie-mycologie, CHU Habib Bourguiba Sfax. 2- Service de réanimation médicale, CHU Habib Bourguiba Sfax*

**Introduction:** *Yarrowia lipolytica* connue aussi sous le nom de *Candida lipolytica* est une levure ubiquitaire dans l'environnement et faiblement pathogène pour l'homme. Elle est, rarement, responsable de septicémies, particulièrement, chez les patients immunodéprimés. Notre objectif était d'attirer l'attention sur les cas de septicémies à *Yarrowia lipolytica* et d'analyser les particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de ces infections.

**Matériel et méthodes :** Nous rapportons les cas d'hémocultures positives à *Y.lipolytica* chez les patients hospitalisés au service de réanimation médicale d'Octobre 2012 jusqu'à Juin 2014. Ces hémocultures ont été réalisées sur milieu Mycosis-IC/F et incubées au Bactec. La confirmation de l'identification des souches a été réalisée par des méthodes phénotypiques (Api ID32C) et moléculaires (PCR-Séquençage de la région ITS). L'étude de la sensibilité aux antifongiques a été réalisée par la technique du Sensititre YeastOne et du Fungitest.

**Résultats :** 77 cas de septicémies à levures ont été diagnostiqués dans le service de réanimation dont 55 (71.4%) à *Y.lipolytica*. Il s'agit de 44 hommes et 11 femmes (sexe ratio=4). L'âge moyen était de 43 ans. L'antibiothérapie à large spectre était présente chez tous les patients (100%). Les autres facteurs de risque étaient : le cathétérisme (96%), l'hospitalisation prolongée en unité de soins intensifs (91%), la chirurgie (38%) et l'alimentation parentérale (36%). Les patients étaient hospitalisés essentiellement pour polytraumatisme (45.4%), pneumopathies (9%) et des complications postopératoires (7%). Le tableau clinique était dominé par la fièvre prolongée (83,6%). *Y. Lipolytica* a été isolé dans une ou plusieurs hémocultures et dans la culture du bout du cathéter de neuf patients (16,3%). L'étude moléculaire a confirmée l'identification de *Yarrowia lipolytica*. L'étude de la sensibilité aux antifongiques a montré que 94.5% des souches étaient sensibles à l'amphotéricine B, 91.4% sensibles au voriconazole, 87.2% sensibles au fluconazole et 20% sensibles au flucytosine. Le traitement était basé sur la prescription de l'amphotéricine B (58.2%) ou le fluconazole (45.4%) et/ou l'ablation du cathéter (69%). L'apyrexie ou la stérilisation des hémocultures a été obtenue pour 34 patients (61.8%).

**Discussion :** Il s'agit des premiers cas de septicémies à *Y.lipolytica* rapportés dans notre pays. Seulement, une cinquantaine de cas ont été rapportés dans la littérature depuis 1985. C'est une levure qui peut être isolée à partir de matières riches en lipides et en protéines. La porte d'entrée serait probablement le cathétérisme ou l'alimentation parentérale. Le diagnostic est difficile puisque les hémocultures sont tardivement positives. Le traitement repose sur la prescription des antifongiques associé à l'ablation des cathéters.

## P093. INFECTION VARICELLEUSE A DOUBLE LOCALISATION (PULMONAIRE ET NEUROLOGIQUE) CHEZ L'ADULTE IMMUNOCOMPETENT A PROPOS D'UN CAS

Bellil S\*, Trifi A. Abdellatif S. Barghouth M. Daly F. Mahjoub K. Bachrouch M. Nasri R. Ben Lakhal S.

*Service de réanimation médicale CHU la Rabta. Tunis, Tunisie*

**Introduction :** La varicelle est une maladie infantile bénigne due au virus varicelle zona (VZV). Chez l'adulte son évolution peut être émaillée de complications. La pneumonie varicelleuse est la plus fréquente avec une incidence à 33% et une mortalité pouvant atteindre 20%. Les complications neurologiques sont plus rares avec une mortalité de 5 à 20% et des séquelles invalidantes dans 15% des cas. Nous rapportons le cas d'une infection varicelleuse

sévère avec localisation pulmonaire et neurologique chez un adulte immunocompétent avec évolution clinique et radiologique favorable sous traitement antiviral et corticothérapie.

**Observation :** Monsieur M.T, 38 ans, sans antécédents pathologiques notables, non tabagique qui présente depuis une semaine une fièvre et éruption cutanée associée secondairement à des céphalées, vomissements, rétention urinaire, altération de l'état de conscience et paraparésie. L'interrogatoire révèle la notion de contagion 15 jours auparavant (varicelle chez les enfants). L'examen trouve : un patient fébrile à 40°C, GSG 13/15, lésions cutanées faites de maculo-papules, de vésicules, de croûtes, et de pustules d'âges différents disséminées sur tout le corps, paraplégie sans troubles sensitifs, SpO<sub>2</sub> 90% sous 10 l/mn. À la radio thorax : des infiltrats nodulaires et interstitiels diffus aux deux champs pulmonaires. A La gazométrie : hypoxémie et acidose métabolique. L'imagerie cérébro-médullaire (IRM) : Aspect pouvant cadrer avec une encéphalomyélite aiguë disséminée (ADEM) post varicelle. PLà LCR : aspect clair eau de roche, une pleiocytose à prédominance lymphocytaire, hyperprotéinorrhachie modérée et normoglucochorachie. La CAT : ventilation mécanique, acyclovir et corticoïdes à doses fortes. L'évolution était favorable avec régression des signes encéphalomyélitiques, apyrexie et diminution du SIB. Extubation à j 23, amélioration progressive de la motricité au niveau des deux membres inférieurs.

**Discussion :** On note chez notre patient certains facteurs de risques de l'atteinte pulmonaire à savoir le sexe masculin, l'extension des lésions mais pas de notion de tabagisme ni immunodépression. La pneumopathie est survenue 7 jours après le début de la varicelle. Elle se traduit par un syndrome interstitiel avec atteinte lésionnelle de la membrane alvéolo-capillaire. Les complications neurologiques sont plus rares. L'action directe du virus sur le système nerveux est possible mais le mécanisme démyélinisant de la neuropathie est plus concevable aboutissant à des lésions d'ADEM. Elles surviennent deux à sept jours après le début de l'éruption (4 J chez notre patient). Le pic de fréquence se situe en période hiverno-printanière et cela a été au mois d'Avril pour notre cas. La forme la plus redoutable est le Syndrome de Reye (associe une encéphalopathie aiguë à une atteinte hépatique sévère) devenu exceptionnel depuis la recommandation de non-utilisation d'acide acétylsalicylique au cours d'une varicelle. Les complications thrombotiques postvaricelle (thrombophlébite cérébrale, purpura nécrotique) sont exceptionnelles. Le traitement précoce par acyclovir IV s'accompagne souvent d'une amélioration rapide dans les deux à quatre jours. Le délai de 7 jours a été relevé chez notre patient.

**Conclusion:** La varicelle de l'adulte immunocompétent est rare mais redoutable par les complications pulmonaires, neurologiques, hépatiques et hématologiques. L'observation qu'on a rapporté a associé l'atteinte pulmonaire à l'encéphalomyélitique. L'évolution est favorable sous antiviral et corticothérapie. Un suivi clinico-biologique restera nécessaire car le pouvoir potentiel de réactivation virale est largement décrit.

## P094. MENINGOENCEPHALITE AU VIRUS WEST NILE : ETUDE DE DEUX CAS

H.Mâamouri\* ,J. Fathallah , Y. Blel , A. Mrad, D Lakhdhar, A.Abderrahmen, S. Souissi, N .Kouraichi, N. Brahmi, M. Amamou.

*CAMU service de réanimation médicale*

**Introduction :** Le virus West Nile (WNV) est un arbovirus, fréquemment responsable d'épidémies de méningo-encéphalites. Le virus du Nil occidental a été isolé pour la première fois en 1937, dans le district West Nile, en Ouganda. En Tunisie, deux pics épidémiques ont été observés en 1997 et en 2003 ayant touché les régions du sahel tunisien.

**Observation 1 :** Nous rapportons l'observation de la patiente CR, âgée de 36 ans sans antécédents, admise le 24/09/2014 pour céphalées intenses rebelles aux antalgiques associée à des vomissements, ainsi que des vertiges évoluant depuis 8 jours. A l'examen, la patiente est consciente fébrile à 38,5, sans altération de l'état hémodynamique ni raideur de la nuque ni syndrome cérébelleux. FO: normale. TDM cérébrale: sans anomalies. Ponction lombaire : Liquide clair eau de roche, GB : 514 éléments/mm<sup>3</sup> (PNN 10% Lymphocytes 90%) GR=2 éléments/mm<sup>3</sup>, Protéinorrhachie = 0.54 g/l , Glucorrhachie =2,8 mmol/L avec une glycémie concomitante à 4mmol/l. Devant ce tableau, le diagnostic de méningite lymphocytaire à liquide clair a été retenu et la patiente mise sous zovirax à la dose de 15mg/kg/J. Dans le cadre du bilan étiologique les sérologies CMV, Brucelloses, herpès ont été demandées et revenues négatives, West Nile positive. Sérologie West Nile ainsi que la PCR dans le liquide céphalorachidien sont revenues positives. L'IRM cérébrale est revenue normale. L'évolution était favorable.

**Observation 2:** Nous rapportons l'observation du patient SM agriculteur, âgé de 75 ans sans antécédents pathologique notable. Admis le 24 /09/2012 pour altération de l'état de conscience dans un contexte fébrile évoluant depuis 4 jours. A l'examen, le patient est fébrile à 40, stable sur le plan hémodynamique. Sur le plan neurologique Il présente un GCS à 13, une confusion mentale, une désorientation temporo-spatiale avec hallucination visuelle et auditives, une zoopsie, une raideur méningée en fin de course, une hémiparésie gauche, un Syndrome cérébelleux. A la biologie : une CRP à 3mg/L des globules blanc à 7300 éléments /mm<sup>3</sup>. Une insuffisance rénale fonctionnelle et une fonction hépatique correcte. TDM cérébrale : atrophie corticale. Ponction lombaire : Liquide clair, GB : 80 éléments / mm (PNN 40% Lymphocytes 60%) GR =110 Proteinorrhachie = 0.5 g/l , Glucorrhachie =4.5 mmol/L. EEG : tracé fait d'un rythme de fond modérément ralenti dépourvu d'anomalies surajoutées. Sérologie : HIV, CMV, Brucelloses, herpes négatives West Nile positive. IRM cérébrale : Absence d'AVC récent ischémique ou hémorragique.



**Discussion:** Le virus WN est un Flavivirus dont le cycle naturel implique des oiseaux comme réservoir et des moustiques comme vecteurs. La Tunisie se trouve sur le trajet d'importantes migrations d'oiseaux de l'Afrique vers l'Europe et inversement. L'incubation de la maladie reste imprécise, sa durée varie de 3 à 15 jours

**Conclusion:** L'infection au virus West Nile demeure une infection d'actualité. Le diagnostic de méningoencéphalite au West Nile virus doit être évoqué devant toute réaction méningée lymphocytaire à liquide clair.

## **P095. INFECTION MORTELLE A CYTOMEGALOVIRUS CHEZ UN SUJET IMMUNOCOMPÉTENT.**

A. Mabrouki ; MA. Chérif ; N. Foudhayli ; YZ Elhechmi ; S. Habasha ; F. Ghzaïel ; Z. Jerbi.

*Département Urgences et Réanimation - CHU Habib Thameur – Tunis*

**Introduction:** Les infections à cytomégalovirus (CMV) sont fréquentes. Chez le sujet immunodéprimé, elles sont souvent graves. Chez l'adulte immunocompétent, l'infection à CMV est, dans la majorité des cas asymptomatique, ou se manifestant par un syndrome pseudo-grippal passant inaperçu, ne nécessitant aucune prise en charge particulière, mais elle peut, dans de rares cas être grave.

**Observation:** Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 57 ans diabétique sous ADO, hypertendu, qui présente depuis deux semaines, des céphalées, un syndrome pseudogrippal, une diarrhée et des myalgies. Le jour de son admission, il consulte pour une asthénie associée à une polyarthralgie fébrile prédominant au niveau des grosses articulations. À son admission, il était fébrile à 40, avec un score de Glasgow à 13/15 sans syndrome méningé ni de signes de localisation, l'abdomen était sensible dans sa totalité et il avait une gangrène sèche au niveau de son 5<sup>ème</sup> orteil droit. Le bilan biologique standard montrait une cytolysé hépatique modérée ( $2 \times N$ ), une cholestase, une lymphopénie à  $480 \text{ e/mm}^3$  et une mononucléose à  $1730 \text{ e/mm}^3$ , une thrombopénie à  $27,000 \text{ e/mm}^3$  et un syndrome inflammatoire biologique. Le scanner cérébral était sans anomalies. Le scanner abdominal a montré une hépatomégalie homogène, un épanchement intrapéritonéal de faible abondance inter-anses dans les gouttières pariéto-colique et péri rénal bilatéral. L'écho cœur n'a pas objectivé de signes en faveur de l'endocardite infectieuse et la FEVG était estimée à 50%. Les sérologies de Wright, Widal, Hépatites B et C ainsi que les prélèvements bactériologiques sont revenus négatifs. Seul la sérologie IgM du CMV est revenue fortement positive. Le patient n'a pu bénéficier du traitement antiviral à base de Ganciclovir à cause d'une thrombopénie sévère contrôlée à  $12000 \text{ e/mm}^3$ . L'évolution était marquée par l'apparition à J4 d'hospitalisation de lésions bulleuses au niveau des faces postérieures des deux membres inférieurs probablement en rapport avec un DRESS syndrome. L'évolution était défavorable, marquée par la survenue du décès à J6 d'hospitalisation.

**Conclusion:** En dépit du fait qu'elle est considérée comme une infection opportuniste du sujet immunodéprimé, l'infection à CMV peut être redoutable chez des sujets immunocompétents. La rareté des cas relatés dans la littérature relève plus du manque de recherche diagnostique ce qui nous amène à considérer que l'incidence de cette pathologie chez les adultes immunocompétents reste encore très sous-estimée. Les observations décrites dans la littérature semblent démontrer que l'effet bénéfique d'un traitement antiviral l'emporte largement sur les risques, cependant le manque de cas diagnostiqués nous empêche d'avoir assez de recul pour émettre des jugements objectifs sur les bénéfices-risques du traitement en particulier en cas de thrombopénie sévère. Nous conseillons d'intégrer la recherche d'infection à CMV à chaque fois qu'une infection n'est pas rapidement étiquetée ou chez les malades de réanimation à cause du risque de réactivation du virus à la faveur d'un sepsis et/ou d'une baisse de l'immunité.

## **P096. CRYPTOCOCCOSE NEURO-MENINGEE CHEZ UN PATIENT NON VIH: A PROPOS DE 2 CAS**

BEN MANSOUR A\*, JAMOUISSI A, MERHEBENE T, BEN JAZIA A, BELKHOJJA K, BEN ROMDHANE K, BEN KHELIL J, BESBES M.

*Réanimation respiratoire, Hôpital A. MAMI, Ariana, TUNIS.*

**Introduction:** Le diagnostic de cryptococcose neuro-méningée (CNM) est facilement porté chez les patients connus VIH positifs se présentant dans un tableau de coma fébrile. En dehors de cette situation, la CNM est rarement évoquée, ce qui est à l'origine de retard diagnostique et thérapeutique. Nous rapportons 2 cas de CNM chez 2 patients non VIH.

**OBSERVATIONS:** 1<sup>er</sup> cas : Patient AC, 38 ans, aux antécédents d'HTA et de diabète type 1 au stade de complications dégénératives était admis pour état de mal convulsif fébrile, avec à la biologie une lymphopénie à 700 et une acidocétose. La PL a montré une protéinorrhachie et une glucorrhachie normales et à la cytologie 43 EB dont 95 % de lymphocytes. Le malade a été initialement mis sous Aciclovir et céfotaxime à doses méningées. La TDM cérébrale a montré la présence de lésions nodulaires insulaires capsulo lenticulaires, du corps calleux et du tronc cérébral. La coloration à l'encre de chine a mis en évidence la présence de cryptococcus neoformans d'où sa mise sous l'association flucytosine et amphotéricine B. La sérologie VIH était négative. À J7 d'hospitalisation, le malade a été extubé devant l'amélioration de l'état neurologique et un état hémodynamique et respiratoire

stables. Ultérieurement il a présenté une pneumopathie nosocomiale compliquée d'un d'état de choc septique avec évolution défavorable à J27 d'hospitalisation. 2<sup>ème</sup> cas : Patient CM âgé de 76 ans, aux antécédents d'HTA, de cardiopathie ischémique et de fibrose pulmonaire sous corticoïdes depuis 2 ans, admis pour confusion mentale fébrile. L'IRM cérébrale avait montré une hydrocéphalie modérée non active. La PL : une hyperprotéinorrhachie, une hypoglucorrhachie, 331 EB (60% PNN, 40% LC), présence de cryptococcus neoformans à la coloration à l'encre de chine. La sérologie VIH était négative. Le malade a été mis alors sous amphotéricine B-fluconazole avec persistance d'un état neurologique fluctuant. La PL à J17 de traitement a montré la persistance du C.neoformans à l'examen direct avec normalisation de la chimie. La flucytosine a alors été associée. L'évolution était défavorable : malade décédé à J27, dans un tableau de coma dépassé.

**Discussion :** La cryptococcose est une infection opportuniste qui survient sur un terrain d'immunodépression. Nos 2 observations sont caractérisées par la présence de facteur d'immunodépression autre que le VIH : un diabète dans le premier cas et une corticothérapie au long cours dans le 2<sup>ème</sup> cas.

**Conclusion :** La CNM, affection rare en dehors de l'infection par le VIH, reste sévère et de mauvais pronostic. La recherche systématique de cette pathologie en cas d'immunodépression de diverses étiologies devrait améliorer le délai de diagnostic et de prise en charge.

## P097. TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE AU CAMU

S. Souissi\*, Y. Blel, A. M'rad, I. Fathallah, N. Kouraichi, N. Brahmi, M. Amamou.

*Service de réanimation, CAMU*

**Introduction :** Les toxi-infections alimentaires collectives sont définies par la survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie en général gastro-intestinale dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire. Elles représentent un problème de santé publique et sont des maladies à déclaration obligatoire. Le but de notre étude de préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives de cette pathologie au CAMU.

**Patients et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective étalée sur sept ans et six mois (de janvier 2007 à juin 2014) portant sur les dossiers de patients hospitalisés au CAMU pour toxi-infection alimentaire collective.

**Résultats :** Nous avons colligé 46 cas de toxi-infection alimentaire collective. Le sex-ratio était de 0,76. L'âge moyen était de 31±13 ans avec des extrêmes entre 13 et 62 ans. Le score de gravité IGS II moyen était de 15±7 avec des extrêmes entre 6 et 37. Le score APACHE II moyen était de 7±4 avec des extrêmes entre 0 et 17. Dans 72% des cas, l'intoxication survenait entre le mois de mai et le mois d'août. Dans 47,5% des cas, le repas contaminant était à base d'œufs. Les viandes de volailles et de boucherie étaient incriminées dans 20% des cas. Les autres aliments en cause étaient les fruits et légumes dans 17,4% des cas, les poissons dans 8,7% des cas et le lait dans 2,2% des cas. La symptomatologie présentée par les patients était une diarrhée aqueuse dans 91% des cas, des vomissements dans 89%, une fièvre dans 87%, des douleurs abdominales dans 85% et des nausées dans 6,5%. Le délai moyen d'apparition de la symptomatologie était 13±9 heures avec des extrêmes entre 1 et 48 heures. Dans 76% des cas, les patients ne présentaient pas de signes de déshydratation. Dans 15,2% des cas, la déshydratation était globale. Dans 24% des cas, les patients ont présenté une hypotension. Aucun patient n'a présenté d'état de choc. 28% des patients ont présenté une insuffisance rénale aigüe avec un délai moyen de correction de la fonction rénale de 2±1 jours. Dans 52% des cas, on a retrouvé un syndrome inflammatoire biologique. Les coprocultures ont été pratiquées dans 74% des cas et revenues positives à Salmonella dans 21,7% des cas et à Escherichia Coli dans 6,5%. Les hémocultures ont été pratiquées dans 67% des cas dont une seule était revenue positive à Salmonella. 63% des patients étaient mis sous antibiothérapie à base de Céfotaxime dans 79% des cas, Ciprofloxacine dans 10%, Ofloxacine dans 7% et Amoxicilline-Acide Clavulanique dans 4%. Deux patients seulement ont reçu une bithérapie (Céfotaxime+Métronidazole ou Céfotaxime+Gentamycine). La médiane de la durée d'hospitalisation était de 1 jour [1 ; 2] avec des extrêmes entre 1 et 8 jours. L'évolution était favorable dans 100% des cas.

**Conclusion :** Les toxi-infections alimentaires collectives sont fréquentes et dépendent étroitement du niveau d'hygiène alimentaire des collectivités. Le tableau clinique peut être grave associant une hypotension ou une insuffisance rénale (1 patient sur 4). L'évolution sous traitement est généralement favorable.

THEME NEPHRO HEPATO GASTRO et METABOLIQUE

## **P098. CARECTÉRISTIQUES CLINIQUES ET ÉVOLUTIVES DE LA GLOMÉRULO-NÉPHRITE EXTRA-MEMBRANEUSE DANS UN SERVICE DE MEDECINE INTERNE**

M Bouzidi, A Soussi, B Ben Kaab, S belakhal, A Mestiri, H Smida, MH Dogui.

*Service de médecine interne FSI la Marsa*

**Introduction :** La glomérulonéphrite extra-membraneuse (GEM) représente la cause la plus fréquente des syndromes néphrotiques de l'adulte. A travers ce travail, on s'est proposé d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et évolutives des GEM dans notre service.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les cas de GEM confirmés histologiquement, colligés sur une période de 8 ans (2006-2014) dans le service de médecine interne. Nous avons analysé les caractéristiques cliniques, biologiques et histologiques de nos patients ainsi que la réponse aux traitements utilisés.

**Résultats :** Durant la période d'étude, nous avons colligé 8 cas de GEM (7 hommes, 1 femme) parmi 20 cas de syndrome néphrotique (néphropathie diabétique exclue) soit 10%. L'âge moyen était de 44 ans (42-71 ans), le syndrome néphrotique était présent chez tous nos patients (37,5%). A la ponction biopsie rénale, des lésions interstitielles étaient présentes dans 50% des cas, l'immunofluorescence a montré un dépôt d'Ig G, C3, C1q dans respectivement 8 (100%), 6 (75%), et 3 (37,5%) des cas. La GEM était idiopathique dans 7 cas, secondaire à un lupus érythémateux systémique dans un cas.

On a enregistré comme complication, la thrombose, l'anasarque, la dénutrition et la crise abdominale aiguë dans respectivement 4 (50%), 3 (37,5%), 2 (25%) et 1 (12,5%) cas. Tous nos patients ont reçu un traitement symptomatique comportant un bloqueur du système rénine-angiotensine aldostérone arrêté chez 2 patients pour aggravation de la fonction rénale. Une rémission complète a été observée chez 4 patients, 2 étaient sous corticothérapie seule et 2 étaient sous corticothérapie et immunosuppresseur type mycophénolate mofétil (MMF). Deux patients ont évolué vers une insuffisance rénale chronique dont un est actuellement en hémodialyse chronique. Un patient n'ayant pas répondu à la corticothérapie ni au MMF et un patient était perdu de vue.

**Conclusion :** On note une prédominance de la GEM idiopathique qui est considérée de nos jours comme une maladie auto-immune. Le dosage des anticorps anti-récepteur de la phospholipase A2 (PLA2R) facilite actuellement le diagnostic et le suivi des GEM idiopathiques.

## **P099. ETIOLOGIES RARES D'INSUFFISANCE RENALE AIGUE PAR RHABDOMYOLYSE**

Jaoued O, Ben salem M, Ben sik ali H, Fki F, Gharbi R, Fekih Hassen M, Elatrous S.

*Hôpital Taher Sfar Mahdia - Service de réanimation médicale*

**Introduction :** La rhabdomyolyse est liée à la destruction des muscles striés avec passage des myoglobines dans la circulation générale entraînant une insuffisance rénale aiguë (IRA). Des étiologies rares peuvent être à l'origine d'une IRA par rhabdomyolyse.

**Observation 1 :** Mr. J. T âgé de 42 ans, admis pour intoxication accidentelle au Butane compliquée d'un coma et d'une rhabdomyolyse avec insuffisance rénale aiguë et d'une hyperkaliémie. Le patient a bénéficié de plusieurs séances d'hémodialyse. Une reprise de diurèse est observée après 20 jours, avec normalisation de la fonction rénale.

**Observation 2 :** Mr H. A âgé de 21 ans, est amené aux urgences dans les suites d'un arrêt cardiaque secondaire à une électrisation, récupéré après 20 mn. Les suites sont marquées par l'apparition d'une insuffisance rénale aiguë anurique par nécrose tubulaire aiguë conséquence d'une rhabdomyolyse. Le patient a eu plusieurs séances d'hémodialyse et il a été mis sortant après un mois d'hospitalisation avec comme séquelle un syndrome myogène périphérique et des troubles cognitifs. Sa fonction rénale s'est normalisée après 15 jours de son accident.

**Observation 3 :** Mr : A. S âgé de 35 ans, a été torturé en Lybie par électrisation admis pour insuffisance rénale aiguë oligo-anurique avec, rhabdomyolyse et une pancréatite aiguë. Il a eu plusieurs séances d'hémodialyse. Sa fonction rénale s'est normalisée.

**Discussion :** Au cours de l'électrisation les myoglobines libérées obstruent les tubules rénaux engendrant une insuffisance rénale par nécrose tubulaire. La survenue d'une rhabdomyolyse aiguë après une intoxication au butane est rare. Il semble que l'hypoxie induite par l'inhalation de butane associée aux effets de la compression posturale et l'immobilisation prolongée lors du coma favorisent sa survenue. Le traitement de la rhabdomyolyse repose sur la correction précoce et massive de l'hypovolémie et l'instauration d'une diurèse forcée avec alcalinisation des urines.

**Conclusion :** L'insuffisance rénale aiguë post rhabdomyolyse est favorisée par l'hypovolémie et la précipitation intra-tubulaire des myoglobines. Généralement, la récupération de la fonction rénale est la règle.

## **P100. INSUFFISANCE RENALE AIGUE EN REANIMATION SECONDAIRE A UNE ASSOCIATION RARE ENTRE NECROSE TUBULAIRE AIGUE ET UNE GLOMERULONEPHRITE AIGUE POST INFECTIEUSE A PROPOS D'UN CAS**

Gharbi R, Ben Salem M, Ben Sik ali H, Boujelbene N, Fekih Hassen M, Elatrous S.

*Hôpital Taher Sfar Mahdia: Service de réanimation médicale.*

**Introduction :** La nécrose tubulaire aigue (NTA) est la cause la plus fréquente d'insuffisance rénale aigue organique en milieu de réanimation (90%). Une glomérulonéphrite aigue post infectieuse (GNA) peut s'associer rarement avec une NTA et aggrave le pronostic fonctionnel des reins.

**Observation :** Mme H.E âgée de 58 ans, aux antécédents de diabète insulino-nécessitant, HTA, opérée pour fracture bi-malléolaire avec mise en place d'une plaque vissée, est admise dans le service de réanimation médicale pour insuffisance rénale aigue oligo-anurique et un œdème aigu du poumon (OAP), survenant dans les suites postopératoires d'une ablation de matériel d'ostéosynthèse infecté. La conduite était d'arrêter la gentamycine et de traiter l'OAP par une oxygénothérapie (CPAP) et la réalisation d'une épuration extrarénale. Devant la persistance d'une anurie une PBR était réalisée montrant l'association d'une NTA et d'une GNA bénigne. L'évolution était marquée par la reprise de la diurèse à j 52 avec une amélioration relative de la fonction rénale.

**Discussion :** Au cours de la NTA, deux mécanismes principaux de toxicité rénale ont été décrits, le premier est une toxicité dose-dépendante induisant une destruction des cellules tubulaires et le deuxième est immuno-allergique responsable d'une glomérulopathie et/ou d'une néphrite interstitielle aiguë. Les aminosides ont une toxicité rénale dose-dépendante, imposant une surveillance des taux résiduels au cours des traitements. L'atteinte tubulaire dans ce cas est due à l'utilisation d'une forte dose de gentamycine sur plusieurs jours sans surveillance biologique de la fonction rénale et des taux résiduels d'aminosides. Les lésions observées de GNA font appel à un mécanisme immunologique consécutif à la mise en circulation des complexes immuns circulants après un intervalle de 10 à 20 jours de l'infection causale. L'association d'une hématurie et d'une anurie au-delà de trois semaines impose une PBR à la recherche d'une GNA associée.

**Conclusion :** La GNA post infectieuse est rare en réanimation, quand elle s'associe à d'autre mécanisme d'IRA elle aggrave le pronostic fonctionnel des reins.

## **P101. SYNDROME PNEUMO-RÉNAL EN RÉANIMATION : APPROCHE DIAGNOSTIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET PRONOSTIQUE.**

Kallel N\*, Jamoussi A, Merhebene T, Maamouri H, Ben Romdhane K, Belkhouja K, Ben Khelil j, Besbes M.

*Service de Réanimation médicale, Hôpital A. MAMI, Ariana, TUNIS.*

**Introduction :** Le syndrome pneumo-rénal (SPR) est défini par l'association d'une hémorragie alvéolaire et d'une glomérulonéphrite rapidement progressive. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique. Son pronostic immédiat dépend de l'importance de l'hémorragie intra-alvéolaire et de la nécessité d'une ventilation mécanique et celui à long terme des éventuelles séquelles rénales.

**Objectifs :** Etablir le diagnostic étiologique, évaluer la gravité et décrire la prise en charge des patients ayant un syndrome pneumo rénal admis en réanimation.

**Patients et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus les patients présentant un syndrome pneumo-rénal admis en réanimation entre 2009 et 2014. Chez tous ces patients, nous avons relevé des données démographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives. Le diagnostic de syndrome pneumo-rénal était retenu devant la présence d'une hémorragie intra-alvéolaire (présence d'érythrophagocyte ou score de Gold supérieur à 70 au liquide de lavage broncho-alvéolaire) et d'une glomérulonéphrite rapidement progressive (présence de protéinurie avec ou sans une insuffisance rénale aigue).

**Résultats :** Au cours des 6 années de l'étude, nous avons colligé 12 cas de SPR. La médiane d'âge était de 44,5 ans [18 - 75] et le sex-ratio de 0,58. La médiane de l'IGSII était de 30 [19 - 64]. Une insuffisance respiratoire aiguë était présente à l'admission chez 10 malades (83%) dont 9 réalisant un tableau de SDRA. Le SDRA était sévère chez 2 malades (16%), modéré chez 6 patients (50 %) et léger chez un seul malade (8 %). Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 10 malades (83%) dont 6 (50%) en mode invasif. La médiane de la durée de ventilation mécanique était de 6 jours [1 - 21]. Sur le plan rénal, la présence d'une protéinurie était confirmée chez 12 malades dont 11(91%) avaient une insuffisance rénale aiguë. Le recours à l'hémodialyse était nécessaire pour 6 malades (50%). La PBR était réalisée pour un seul malade

Sur le plan étiologique, le syndrome pneumo-rénal était d'origine immunologique chez 8 malades avec 3 cas de maladie de Wegener, 2 cas de PAM, 2 cas de syndrome de Good Pasture et un seul cas de polyarthrite rhumatoïde. Tous ces malades ont reçu une corticothérapie, associée à un traitement par immunosuppresseur chez 2 malades et à une plasmaphérese chez 3 malades.

La médiane de la durée de séjour était de 13,5 jours [2 – 50]. La mortalité globale était de 33 % (4 malades), tous sont décédés dans un tableau de défaillance multiviscérale. Tous les malades décédés avaient un SPR d'origine immunologique. Chez les 8 survivants, la moitié des malades ont récupéré une fonction rénale correcte et l'autre moitié a évolué vers une insuffisance rénale chronique.

**Conclusion :** Le SPR est une entité clinique grevée d'une lourde mortalité. Le pronostic vital semble être plus fréquemment engagé lorsque le SPR est d'origine immunologique. Le pronostic à long terme est conditionné par l'évolution vers une insuffisance rénale chronique dans la moitié des cas.

## P102. «ACUTE KIDNEY INJURY» CHEZ LES PATIENTS SEPTIQUES AUX URGENCES.

N. Mghaieth, K. Majed, K. Zaouche, A. Chargui, R. Boubaker, O. Mathlouthi, C. Hamouda, N. Borsali-Falfoul.

*Service des Urgences, hôpital la Rabta, Tunis.*

**Introduction :** Le « acute kidney injury » (AKI) au cours de la pathologie septique est d'une part, associée à un mauvais pronostic et à une mortalité élevée, et d'autre part, la prise en charge précoce est une mesure préventive efficace. La reconnaissance des facteurs de risques de survenue d'un AKI pourrait améliorer le suivi et la prise en charge des ces patients. L'objectif de notre travail est d'étudier les caractéristiques cliniques et les facteurs de risque de survenue d'une AKI d'origine septique aux urgences.

**Patients et méthodes :** étude descriptive rétrospective sur 6 mois incluant 121 patients admis à l'UHCD de la Rabta de mars à aout 2012 pour une pathologie septique. Les patients insuffisants rénaux chroniques et hémodialysés n'ont pas été inclus. Nous avons décrit le profil épidémiologique et étudié les facteurs de risque de l'AKI.

**Résultats :** Nous avons colligé 121 patients. L'âge moyen était de 61,7 ans  $\pm$  18,7 et le sex-ratio était de 0,73. Les patients ont été subdivisés ont 2 groupes : G1 avec 38 (31,4%) patients ayant développé « AKI » et G2 avec 83 patients (68,6%) sans AKI. Le tableau ci-dessous résume la corrélation entre les facteurs de risque et l'AKI.

	G1 : (n - %)	G2 : (n, %)	Pearson (chi2)
Age (ans)	Moyenne 63,6 $\pm$ 18,9 Min 19 Max 85	Moyenne 60,64 $\pm$ 18,64 Min 23 Max 85	
Age $\geq$ 65 ans	24 - 63,2	42 - 50,6	0,198
Genre	M 10 - 26,3 F 28 - 73,7	M 41 - 49,4 F 42 - 50,6	0,017
Diabète	13 - 34,2	23 - 27,7	0,468
HTA	18 - 47,4	17 - 20,5	0,002
Leucocytes >12000 Ou <4000	27 - 71,1 5 - 13,2	51 - 61,4 15 - 18,1	0,59
Thrombopénie	15 - 39,5	21 - 25,3	0,113
Hospitalisation en Réa	3 - 7,9	8 - 9,6	0,757
Etat de choc septique	21 - 55,3	29 - 34,9	0,035
Décès	19 - 50	26 - 31,3	0,049

**Conclusion :** Le sexe, l'existence d'une hypertension artérielle dans les antécédents, la présence d'un état de choc septique, sont des facteurs de risque de survenue d'un AKI laquelle est liée à une mortalité plus élevée.

## P103. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE PHEOCHROMOCYTOME EN MILIEU DE REANIMATION EN PRE ET PEROPERATOIRE

D Zaabar, M Lassoued, Y Mlaiki, I Chaieb, S Guellim, A Lika, N. ben Abdelkader, MM Kharrat, MH Barhoumi.

*Service d Anesthésie et de Réanimation, Hopital Ibn Jazzar, Kairouan*

**Introduction :** Le phéochromocytome est une tumeur de tissu chromaffine, située dans la médullosurrénale. C'est une maladie rare dont l'incidence est estimée à moins de 1 cas pour 100000 personnes. Récemment, il a été noté qu'elle est impliquée chez 0,1% des sujets hypertendus et qu'entre 25% et 50% des décès parmi les porteurs de phéochromocytome aient lieu en per opératoire et plus précisément lors de l'induction. La gravité de la maladie et les complications alarmantes aussi bien en pré qu'en per ou postopératoire étaient à l'origine de la réalisation de ce travail.

**Observation :** Il s'agit d'une patiente de 51 ans ; hypertendue, diabétique et dyslipidémique, qui a présenté un tableau fait de céphalée associées à des palpitations et des bouffées de chaleur au moindre effort. Le phéochromocytome était suspect devant ce tableau clinique et les résultats de la biologie qui ont objectivé une augmentation

des métanéphrines avec un test de freinage au cortisol qui était faible. Un scanner abdominal a montré une masse surrenalienne droite bien limitée avec rehaussement après injection de produit de contraste. L'IRM a confirmé notre diagnostic en visualisant la masse et en objectivant un test de Wash Out positif. La patiente était hospitalisée au service d'urologie de Kairouan. Une évaluation préopératoire avec une préparation hémodynamique à base d'Alpress® a précédé de 15 jours la réalisation d'une surrenalectomie droite menée sous coelioscopie.

**Conclusion :** La sécrétion inappropriée des catécholamines par la tumeur en pré et per opératoire (lors de la réalisation de pneumopéritoine, manipulation de la tumeur) est à l'origine des complications hémodynamiques et métaboliques. Ces complications doivent être d'emblée connues et prévenues. Une prise en charge pharmacologique adéquate doit être instaurée, incluant une bonne préparation préopératoire et un arsenal médicamenteux prêt pour l'usage à tout moment de l'histoire du phéochromocytome.

## P104. MALADIE DE WEGENER REVELEE PAR UNE ANASARQUE

S. Souissi\*, J. Guissouma, H. Brahmi, M. Fatnassi, H. Ghadhoun, M. Samet, H. El Ghord.

*Service de réanimation médicale. Hôpital Habib Bougatfa Bizerte.*

**Introduction :** La maladie de Wegener est une vascularite granulomateuse systémique rare. Elle touche essentiellement les voies respiratoires hautes et basses, et fréquemment les reins, la peau, les yeux et les nerfs. Nous rapportant le cas d'une maladie de Wegener révélée par un syndrome néphrotique avec une anasarque.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 34 ans, diabétique type I au stade de complications dégénératives, tabagique, hospitalisé au service de réanimation pour un œdème aigu du poumon (OAP) surinfecté avec anasarque sur une insuffisance rénale aiguë anurique associés à un syndrome néphrotique impur. A l'examen : Fièvre à 38,5°C, GAD=2,56 g/L, Glucosurie=++, Hématurie=+, Protéïnurie=++++, œdème généralisé blanc mou gardant le godet, œdème des organes génitaux externes, FC=104 bpm, PA=189/107 mmHg, bruits du coeur assourdis, FR=30 c/mn, balancement thoraco-abdominal, SpO<sub>2</sub>=97% sous 15 LO<sub>2</sub>/mn au MHC, râles sibilants aux deux sommets avec abolition du MV aux bases, matité des flancs. ECG : microvoltage. Les gaz du sang : Hypoxémie, Hypercapnie. Radiographie du thorax : opacités alvéolaires para-hilaires bilatérales, pleurésie bilatérale. Echographie cardiaque : épanchement péricardique de 7 mm. Biologie : Créatinémie=541 µmol/L, Clairance de la créatinine=12,37 mL/mn, Protidémie=53 g/L, Albuminémie=29,3 g/L, Protéïnurie=24,9 g/24H, Albuminurie=14,18 g/24H, Bilan hépatique et thyroïdien normaux, syndrome inflammatoire biologique. Echographie abdominale : Ascite de moyenne abondance, reins et foie normaux. Le patient a été intubé et ventilé après échec de la VNI. Il a été mis sous antibiothérapie adaptée aux prélèvements trachéaux. Il a été mis sous Furosémide et a eu des séances d'hémodialyse. Il a reçu des perfusions d'Albumine et a eu des ponctions pleurales évacuatrices itératives ramenant un liquide transsudatif. Les chiffres tensionnels ont été équilibrés par des inhibiteurs calciques. L'évolution était favorable avec sevrage de la ventilation mécanique, amélioration de la fonction rénale et reprise d'une diurèse normale. Un bilan immunologique a été pratiqué dans le cadre du bilan étiologique : ANCA (anti-PR3) positifs, AAN négatifs, Ac anti-DNA natif négatifs, Complément CH50, C3 et C4 normaux, absence de cryoglobulinémie. Le diagnostic de granulomatose de Wegener a été retenu et le patient a été transféré au service de médecine interne.

**Discussion :** La maladie de Wegener est la plus rare des maladies systémiques. Elle survient essentiellement entre 40 et 60 ans. Les manifestations cliniques sont dominées par l'atteinte ORL et pulmonaire. L'atteinte rénale est fréquente (46 à 90%), typiquement une glomérulonéphrite rapidement progressive avec protéïnurie modérée, hématurie microscopique et leucocyturie. L'HTA est initiale dans 16% des cas. Dans notre cas, l'atteinte rénale était prédominante. Dans la forme systémique, les c-ANCA (anti-PR3) sont présents dans 96% des cas avec une spécificité de 85 à 99%. Ainsi, leur recherche constitue un élément clé du diagnostic, le cas de notre patient. Le pronostic dépend de la présence des éléments de survie péjoratifs (âge supérieur à 65 ans, atteinte cardiaque ou digestive, insuffisance rénale et absence de manifestations ORL). Le traitement repose sur la corticothérapie et les immunosuppresseurs. L'épuration extra-rénale pourrait améliorer le pronostic.

**Conclusion :** Certaines formes atypiques de maladie de Wegener caractérisées par l'absence d'atteinte ORL sont difficiles à diagnostiquer, d'où l'intérêt de la recherche des c-ANCA (anti-PR3) qui permettent de poser le diagnostic.

## P105. LA PERTE DU POIDS EST UN FACTEUR DE MORBI-MORTALITE CHEZ LE BRULE

A Hachani\*; A Mokline; B Gasri ; L Garsallah; I Rahmani; R Hammouda ; S Tlaili.

*Réanimation des brûlés. Centre de traumatologie et des Grands Brûlés*

**Introduction :** La brûlure induit un état d'hyper catabolisme majeur marqué par une dépense énergétique et des pertes azotées importantes. Elle expose le brûlé à une dénutrition majeure, dont le meilleur indicateur est la perte du poids considérée comme un facteur de morbi-mortalité, et influence considérablement le pronostic du brûlé grave. Objectif : évaluer la perte du poids chez les brûlés hospitalisés en réanimation et son impact sur leur pronostic.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle réalisée dans le service de réanimation des brûlés au centre de traumatologie et des grands brûlés de Tunis, étalée sur 12 mois (janvier-décembre 2013). Ont été inclus, les patients admis pour une durée  $\geq$  20 jours. Le poids a été recueilli de façon hebdomadaire chez tous les malades notamment à l'admission et à la sortie.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 319 patients ont été hospitalisés. 61 malades ont répondu aux critères d'inclusion dont seulement 32 dossiers ont été exploitables. Il s'agit d'une population jeune avec un âge moyen de  $31 \pm 14$  ans, à prédominance masculine (sex-ratio= 3,5). La surface brûlée moyenne (SCB) est de  $27 \pm 13\%$  et un UBS moyen de  $48 \pm 38$ . Il s'agit de brûlure par flammes dans 87,5% des cas et secondaire à un accident domestique dans 44% des cas. La durée de séjour moyenne était de  $57 \pm 35$  jours. Dans notre série, on note une chute moyenne de poids de  $10 \pm 9\%$  de poids par rapport au poids de l'admission chez tous les malades inclus. La perte de poids a été plus marquée chez les malades septiques par rapport aux malades non septiques (12% vs 5% ;  $p= 0,003$ ), de même elle était significativement plus prononcée chez les décès que chez les survivants (19% vs 8% ;  $p= 0.002$ ).

**Conclusion :** Dans notre étude, il ressort qu'une perte de poids au delà de 10% est associée à la survenue de sepsis et à l'accroissement de la mortalité. De ce fait, un suivi nutritionnel strict chez le brûlé grave est essentiel de même qu'un support nutritionnel maîtrisé et bien conduit pouvant contribuer favorablement à l'amélioration du pronostic du brûlé.

## **P106. LA STEATOSE HEPATIQUE AIGUE GRAVIDIQUE : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET PRONOSTIQUE, A PROPOS DE 39 CAS**

F Medhioub; O Turki; R Ammar; A Chaari; K Chtara; H Chelly; C Ben Hamida; M Bahloul; M Bouaziz

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

**Introduction :** La stéatose hépatique aigue gravidique (SHAG) est une hépatopathie aigue spécifique du troisième trimestre de la grossesse caractérisée par une infiltration graisseuse du foie. But Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et pronostiques chez les patientes obstétricales hospitalisées en réanimation pour stéatose hépatique aigue gravidique.

**Patients et Méthodes :** Notre étude est rétrospective et inclut tous les cas de stéatose hépatique aigue gravidique colligés dans le service de réanimation médicale du CHU de Sfax sur une période de 20 ans (1993 - 2012)

**Résultats :** Durant notre période d'étude, 725 patientes ont été hospitalisées en réanimation en post partum. Parmi ces patientes, 39 ont présenté une stéatose hépatique aigue gravidique (5.3 %). La grossesse a été suivie médicalement chez 18 femmes (46.1 %). L'âge moyen des patientes a été de  $28 \pm 4.3$  ans. La parité moyenne a été de  $2.2 \pm 1.2$  avec une primiparité de 49.5 %. L'âge gestationnel moyen a été de  $36.8 \pm 2.9$  semaines. La phase préictérique, caractérisée par une symptomatologie digestive, a été présente chez 65% des patientes. Le SAPS II moyen a été de  $23.5 \pm 9.2$  points A la biologie, on a noté une cytololyse hépatique dans 95 % des cas, une hyperbilirubinémie à prédominance conjuguée dans 81 % cas, une hypoprotidémie dans 63.2 % des cas et une thrombopénie dans 51.2 %. L'accouchement a été par césarienne en urgence dans 32 cas (82 %). La ventilation artificielle de plus de 24 heures a été nécessaire chez 19 cas (48.7 %). Dix patientes (25.6 %) ont reçu une transfusion (culot globulaire et/ou plasma frais congelé et/ou culot plaquettaire).

La durée moyenne de séjour en réanimation a été de  $3.7 \pm 2.2$  jours. La mortalité a touché 11 patientes (28.2 %). Les éléments corrélés avec un mauvais pronostic ont été: l'état de choc, la détresse respiratoire, l'ictère et l'accouchement par voie basse.

**Conclusion :** La stéatose hépatique aigue gravidique est une pathologie grave. Une prise en charge médico obstétricale comprenant un diagnostic précoce, une extraction rapide et une réanimation adéquate permet une réduction de la mortalité maternofoetal

## **P107. STÉATOSE HÉPATIQUE AIGUE GRAVIDIQUE : À PROPOS DE 16 CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE**

S.Erray, C. Mrazguia, H. Ben Ahmed, A. Ajili.

*Service de gynécologie obstétrique, hôpital régional de Nabeul.*

**Introduction :** La stéatose hépatique aigue gravidique (SHAG) est une affection hépatique grave de la grossesse. Il s'agit d'une affection rare, d'étiologie inconnue engageant le pronostic maternofoetal. Seule une extraction fœtale urgente permet d'alléger les complications. Objectifs : Evaluer le profil épidémiologique, les caractéristiques cliniques et par accliniques de cette affection. Etudier les modalités thérapeutiques.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à la maternité de Nabeul sur une durée de 5 ans : de juillet 2009 à juin 2013 incluant tout les cas de SHAG hospitalisés dans notre service.

**Résultats :** Durant cette période nous avons colligé 16 cas de stéatose hépatique aigue gravidique. L'âge moyen de nos patiente était de 31 ans ; la parité moyenne était de 2,2 ; le terme moyen de grossesse était de 33 SA avec des extrêmes allant de 29 à 36 SA. Le tableau clinique était dominé par des vomissements gravidiques du 3<sup>ème</sup> trimestre dans 87,5% des cas, syndrome polyuropolydypsiques dans 37,5% des cas, un ictère d'installation progressive dans 62,5%. Une HTA a été observée dans 6 cas. La biologie a montré une cytolyse hépatique dans 16 cas (100%), une élévation de la bilirubine dans 50% des cas, une hyperleucocytose chez 10 patientes (62,5%), une chute du TP dans 27,7% des cas. L'échographie obstétricale a été réalisée dans tous les cas montrant une mort fœtale in utéro dans 2 cas 12,5%. L'échographie hépatique n'a été réalisée que dans 14 cas montrant un foie d'aspect hyperéchogène 8 cas (57,14%). La ponction biopsie du foi n'a été réalisée que dans 2 cas permettant de confirmer le diagnostic. L'accouchement a été par césarienne dans 12 cas (75%). Nous avons noté 2 cas de mort fœtale in utéro et un cas de décès néonatal dans un contexte de grande prématurité. Dix de nos patientes ont nécessité un séjour en réanimation, aucun cas de décès maternel n'a été observé.

**Conclusion :** La grossesse compliquée d'une stéatose hépatique aigue gravidique est une grossesse à très haut risque materno-fœtal justifiant ainsi une prise en charge pluridisciplinaire incluant gynécologue, réanimateur, pédiatre et spécialiste en gastrologie

## P108. THROMBOSES ET MICI: PREVALENCE ET ASPECTS CLINIQUES

Khedher.S\*, Said.Y, Mouelhi.L, Salem.M, Houissa.F, El Jery.K, Mekki.H, Debbeche.R, Najjar.T.

*Unité de soins intensifs digestifs-service de gastroentérologie-EPS C. Nicolle- Tunis*

**Introduction :** Au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin(MICI), les complications thromboemboliques sont relativement fréquentes et respectivement une cause importante de morbidité et de mortalité. Le but de notre travail était de déterminer la prévalence et les aspects cliniques des thromboses au cours des MICI.

**Méthodes :** Nous avons mené une étude rétrospective colligeant tous les patients hospitalisés pour une MICI dans le service de gastroentérologie de l'hôpital Charles Nicolle entre 2000 et 20013. Seuls les accidents thromboemboliques confirmés à l'imagerie ont été considérés.

**Résultats :** Au total 313 patients ont été inclus. Une thrombose était notée chez 14 patients (4,4%), 10 hommes et 4 femmes, d'âge moyen de 33 ans (15-64 ans). Neuf patients avaient une maladie de crhon et cinq avaient une rectocolite hémorragique. Il s'agissait d'une thrombose profonde des membres inférieurs dans sept cas (50%) associée à une embolie pulmonaire dans un cas, d'une thrombose veineuse cérébrale dans cinq cas (35,7%), d'une thrombose portale dans un cas (7.1%) et d'une thrombose de la veine jugulaire dans un cas (7.1%). Au moment de la survenue de la thrombose, 13 patients avaient une MICI active. Chez 3 patients, la thrombose survenait alors que les patients étaient déjà sous héparinothérapie préventive.

**Conclusion :** La prévalence des thromboses veineuses était de 4.4% chez les patients atteint de MICI. La thrombose veineuse profonde des membres inférieurs et la thrombophlébite cérébrale sont les atteintes les plus fréquentes. Les mécanismes thrombotiques semblent être liés en grande partie à la phase active de la maladie

## P109. ACIDOSE HYPERCHLOREMIQUE LORS D'UNE ACIDOCETOSE DIABETIQUE : A PROPOS D'UN CAS.

Ben Ghezala H., Snouda S., Kaddour M., Ben Taher K., Ben Cheikh I.

*Service universitaire des urgences et soins intensifs. Hôpital régional Zaghuan.*

**Introduction :** L'acidocétose diabétique est une pathologie fréquente. Elle pose toujours un problème de diagnostic étiologique et de prise en charge thérapeutique. L'acidose hyperchlorémique observée lors de la réhydratation par le sérum salé isotonique est considérée aujourd'hui comme un facteur de morbidité. Sa physiopathologie et son impact sur la fonction rénale sont discutés.

**Observation :** Il s'agit du patient T.B âgé de 30 ans, aux antécédents de schizophrénie, qui a été transféré des urgences du CHU Farhat Hached de Sousse en réanimation médicale à Zaghuan pour coma acidocétosique inaugural. Le 11/03/2014, il consulte les urgences à Sousse pour troubles digestifs et dyspnée. Les différentes explorations concluent à une acidocétose diabétique inaugurale. Il n'existe pas de facteur de décompensation évident. Le bilan biologique initial trouve une acidose métabolique profonde avec un pH à 7.10 et des bicarbonates à 9 mmol/l avec un trou anionique élevé. Il reçoit de l'insulinothérapie et 3 litres de sérum physiologique durant les premières 24 heures. L'acidose métabolique s'aggrave avec des bicarbonates qui chutent à 5 mmol/l. Il est intubé et ventilé à H24 de la prise en charge puis transféré en réanimation à Zaghuan. On fait le diagnostic d'une acidose hyperchlorémique associée devant la normalisation du trou anionique et l'hyperchlorémie. Le patient développe par la suite un SDRA avec aggravation secondaire de la fonction rénale. Le séjour en réanimation s'allonge avec toutes les complications nosocomiales et iatrogènes inhérentes.

**Conclusion :** L'utilisation du sérum salé isotonique pour la réhydratation d'une acidocétose diabétique sévère est clairement associée à la survenue de l'acidose hyperchlorémique comme le montre notre observation. Son impact



sur la mortalité n'a pas été prouvé. L'utilisation des solutés balancés comme le Ringer Lactate semble être une alternative efficace. De nombreuses études sont en cours pour évaluer leur indication dans cette circonstance. L'acidose hyperchlorémique depuis sa première description dans les années 30 n'est plus un mythe mais bien une réalité !

## **P110. ACIDOSE METABOLIQUE SEVERE REVELANT UNE MYOPATHIE HEREDITAIRE A PROPOS D'UN CAS**

A. Boukadida\*, R. Bouneb, J. Ayachi, A. Kheder, J. Baroudi, M. Khalifa, K. Meddeb, I. Chouchène, M. Bousarsar.

*Service de réanimation médicale CHU F.Hached SOUSSE*

**Introduction:** Le déficit multiple en acyl-CoA déshydrogénases (MADD) est une maladie héréditaire rare à transmission autosomique récessive affectant l'oxydation des acides gras. Il se manifeste le plus souvent dans l'enfance ou chez l'adulte jeune, par une atteinte pluri-systémique avec encéphalopathie ou une atteinte musculaire.

**Observation :** Une patiente âgée de 24 a été admise dans notre service pour prise en charge d'une détresse neurologique associée à une acidose métabolique sévère et rhabdomyolyse. L'examen retrouve une aréactivité psychogène (score de Glasgow à 3/15) sans signes neurologiques objectifs, l'état circulatoire et respiratoire est sans particularité, l'étude du LCR et la TDM cérébrale ne montrent aucune anomalie. Le bilan biologique révèle cependant de sévères anomalies : acidose métabolique sévère avec un bicarbonate à 3.3mmol/l, rhabdomyolyse majeure avec des CPK à 24077UI/L et une cytololyse ASAT/ALAT=1495/366. Un traitement par hémofiltration et alcalinisation par des perfusions de bicarbonate entraînant en 72h une le réveil de la malade et reprise d'un état de conscience normal en 48h avec un bilan biologique qui tend vers la normale.

**Discussion :** L'association d'une rhabdomyolyse et une acidose suggère une myopathie. La famille nous rapporte le compte rendu d'hospitalisation du frère de la patiente âgé de 25 ans exploré pour une faiblesse musculaire en France. L'étude moléculaire a permis de détecter la mutation .Arg175His confirmant ainsi le diagnostic du déficit en acyl-CoA déshydrogénases (MADD). Notre patiente est alors probablement porteuse du même déficit surtout qu'on note une consanguinité de deuxième degré chez les parents.

**Conclusion :** Un MADD doit donc être recherché chez l'adulte devant un tableau de faiblesse musculaire ou lors d'une association acidose et rhabdomyolyse. Il est important d'en établir le diagnostic en raison du caractère traitable

## **P111. COMPLICATIONS DES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES : A PROPOS DE 31 TRANSFERTS EN REANIMATION.**

A Bouzid, A Amira, S Derouich, M Jgham, Z Blel, R Ben Chahida, N Khlifa, M Mourali.

*Service de gynécologie et obstétrique, Centre de Maternité de Bizerte.*

**Introduction :** Les vomissements gravidiques constituent le plus fréquent des maux de grossesse. Leur fréquence est estimée entre 45 à 55 % parfois jusqu'à 89 % dans quelques publications. Par ailleurs, seulement 10 % des patientes nécessitent un traitement actif. La prévalence des vomissements incoercibles ne dépasse pas 1 à 2 % des grossesses. Il s'agit d'une situation grave qui impose un diagnostic urgent et une prise en charge de réanimation. Le but de notre étude est d'identifier les motifs de transfert en réanimation des patientes prises en charge dans notre maternité.

**Patientes et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers sur une période de 7 ans entre juin 2007 et juin 2014 des patientes transférées de notre service vers un service ou une unité de réanimation suite à des vomissements du premier trimestre.

**Résultats :** Nous avons recensé 31 cas. Les principaux motifs de transfert étaient : des troubles ioniques nécessitant une supplémentation par voie centrale dans 22 cas (hypokaliémie, hyponatrémie), une déshydratation sévère dans 4 cas, une dénutrition extrême avec intolérance digestif dans 2 cas, une encéphalopathie de Wernicke dans 2 cas et un cas de pancréatite aiguë. Aucun décès n'a été noté.

**Conclusion :** Les vomissements gravidiques est une pathologie souvent bénigne mais qui peut être grave et nécessiter une prise en charge en milieu de réanimation.

## **P112. CRISE CONVULSIVE SUITE A UNE ALCALOSE METABOLIQUE EN REANIMATION.**

Ben Ghezala H.\*, Ben Cheikh I., Snouda S., Kaddour M., Ben Taher K.

*Service universitaire des urgences et soins intensifs. Hôpital régional Zaghuan.*

**Introduction :** L'alcalose métabolique est un trouble de l'équilibre acido-basique dû à un apport excessif d'alcalins (bicarbonate de sodium par exemple) ou plus fréquemment à une perte sévère d'acides, par exemple de suc

gastrique lors de vomissements importants. Le diagnostic clinique est aspécifique : il associe une tétanie musculaire, des paresthésies (sensations anormales), au maximum des convulsions.

**Observation :** Il s'agit de Mr.CM âgé de 61 ans, aux antécédents d'ulcère du pylore compliqué par une sténose inflammatoire du bulbe duodénal pour lequel il est suivi en chirurgie depuis 3 mois. Il a consulté nos urgences le 21-03-2014 pour crise convulsive tonico-clonique généralisée. Il a présenté également des vomissements avec altération de l'état général. L'examen initial trouve un patient cachectique, déshydraté avec un coma postcritique et un état hémodynamique stable, l'examen abdominal montre un abdomen souple avec une légère sensibilité épigastrique et un clapotage à jeun. A La biologie on a trouvé une hyponatrémie à 114mmole/l, une hypo chlorémie à 28mmol/l, une hypokaliémie à 2.11 mmol/l et une hémocrite à 40.6%. L'analyse des gaz du sang a montré une alcalose métabolique : PH à 7.56, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> à 60 mm Hg et PCO<sub>2</sub> à 71 mm Hg. Le bilan rénal a trouvé une créatinine à 36.72 mg/l et une urémie à 1.841 mg/l.

La conduite à tenir en urgence était de contrôler les fonctions vitales et d'administrer un anticonvulsivant de courte durée d'action, de corriger ces troubles métaboliques. L'évolution à court et à moyen terme était favorable. Le traitement chirurgical de l'étiologie.

**Conclusion :** Au cours d'une sténose duodénale, les vomissements entraînent : une perte de liquides responsable de déshydratation extracellulaire avec hémococoncentration et perte d'électrolytes avec au niveau sanguin une hypo chlorémie, une hyponatrémie, une hypokaliémie et une élévation des bicarbonates. La correction de ces troubles doit se faire en urgence afin d'éviter leurs complications neurologiques.

## **P113. PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET FACTEURS PRONOSTIQUES DES PATIENTS PRÉSENTANT UNE HYPERGLYCÉMIE ADMIS À LA SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES (SAUV)**

Guerbouj Y\*, Lamouchi A, Mekki M, Skouri I, Daoud K, Khelil A.

*Service des Urgences- SMUR Hôpital M.T. Maamouri Nabeul Tunisie*

**Introduction :** une hyperglycémie peut être découverte chez un patient (diabétique ou non) admis pour une urgence vitale. Elle peut être d'étiologies diverses, avec retentissement sur le pronostic vital immédiat et ultérieur.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective s'étalant sur 12 mois (1<sup>er</sup> Janvier 2013 au 31 Décembre 2013), incluant 58 patients admis à la SAUV pour une pathologie médicale ou traumatique et chez qui une glycémie initiale  $\geq 11,1$  mmol/l a été diagnostiquée. Les données sont analysées par le logiciel SPSS version 18.

**Résultat :** L'âge moyen de nos patients était de 58,94 $\pm$ 13,5 ans (extrêmes : 14 à 94 ans), avec prédominance masculine (SR=2,86). 44,82% de notre population étaient des diabétiques. L'ancienneté du diabète était en moyenne de 11 $\pm$ 7 ans. Le diabète type 2 était présent dans 61,5%. Les troubles de la conscience étaient le principal motif d'admission dans 51,7%. Le tableau clinique était grave d'emblée (IGSA > 8) dans 36,2% des cas. Les patients comateux (CGS $\leq$ 8) étaient de 34,5%. 36,2% de nos patients présentaient des signes d'insuffisance respiratoire aigue, alors que 31% étaient en état de choc. Dans notre série, les étiologies médicales étaient dominées par les pathologies cardiaques 27,6%, neurologiques dans 22,4%. L'hyperglycémie a été notée dans un tableau post-traumatique dans 15,51%. Une acidocétose diabétique a été diagnostiquée chez 7 % de nos patients. L'insulinothérapie était instituée chez 12,1% de nos patients. La durée moyenne de séjour était de 18,56  $\pm$  13 H. Au terme de notre étude, nous avons retenu comme facteurs de mauvais pronostic : l'âge  $\geq 65$  ans (p<0,025), un diabète évolutif (p<0,04), un IGSA>8 (p<0,01), un SCG $\leq$ 8 (p< 0,04), un état de choc (p<0,01), une assistance ventilatoire (p<0,01), le recours aux drogues vaso-actives (p <0,001), et une étiologie cardiaque (p <0,001), un AVC (p<0,001) et un traumatisme crânien (p<0,001).

**Conclusion :** la prise en charge d'un patient présentant une hyperglycémie nécessite une démarche diagnostique et thérapeutique adaptée à la pathologie en cause et à son retentissement. Certains facteurs de mauvais pronostiques doivent être considérés dès la prise en charge afin d'améliorer le pronostic.

## **P114. COMPARAISON DE LA VALEUR PREDICTIVE DU SCORE MELD NA ET DE L'HYPONATREMIE SEVERE CHEZ LE PATIENTS CIRRHOTIQUES PRESENTANT UNE ASCITE REFRACTAIRE**

Khedher.S\*, Mouelhi.L, Salem.M, Houissa.F, El Jery.K, Said.Y, Mekki.H, Debbeche.R, Najjar.T.

*Unité de soins intensifs digestifs-service de gastroentérologie - EPS C. Nicolle – Tunis*

**Introduction :** Le score MELD Na a été développé dans le but d'améliorer la valeur pronostique du score MELD dans la cirrhose et a été construit pour des concentrations sériques de sodium entre 125 et 140 mmol/l. Ce modèle n'est pas validé chez les cirrhotiques présentant une ascite réfractaire chez qui une hyponatrémie sévère  $\leq 125$

mmol/l est souvent observée. Le but de notre travail était de comparer la valeur pronostique de l'hyponatrémie sévère et celle du score MELD Na chez les patients cirrhotiques présentant une ascite réfractaire.

**Matériels et méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive au service d'hépatogastro-entérologie sur une période de 4 ans (2009-2012) incluant tous les patients cirrhotiques présentant une ascite réfractaire. La prévalence de l'hyponatrémie ainsi que le score MELD Na ont été évalués chez ces patients.

**Résultats :** Parmi cent dix malades, trente sept avaient une ascite réfractaire soit une prévalence de 36.6% et une hyponatrémie  $\leq 130$  mmol/l était objectivée chez 26 patients (23.6%). L'origine de l'ascite réfractaire était une hyponatrémie sévère  $\leq 125$  mmol/l chez treize patients, un syndrome hépatorénal chez neuf patients et pour les autres l'ascite est surtout liée à l'existence des effets secondaires des diurétiques incitant son arrêt. La natrémie moyenne chez les patients ayant une ascite réfractaire était de 129 versus 134 chez les autres ( $P < 0.05$ ). Le score MELD Na médian était de 48(33-68) chez les patients avec ascite réfractaire versus 39 (29-70) chez les autres ( $P < 0.05$ ). La survie médiane de notre population étudiée à 1 an était de 96% et 80% à 2 ans. Les facteurs prédictifs de mortalité dans cette série étaient : une hyponatrémie  $\leq 130$  mmol/l, le MELD Na élevé, la présence d'encéphalopathie hépatique, le syndrome hépatorénal et un score Child-Pugh C.

**Conclusion :** Le score MELD Na semble être un facteur prédictif de mortalité plus important que l'hyponatrémie sévère au cours de l'ascite réfractaire chez les patients cirrhotiques dans notre série.

## **P115. PARALYSIE PÉRIODIQUE HYPOKALIÉMIQUE THYRÉOTOXIQUE: A PROPOS D'UN CAS.**

Bouriga MA, Ouanes I, Dghim M, Bouzgarrou R, Marzouk M, Jabla R, Dachraoui F, Boussadia M, Ghezaiel H, Ben Abdallah S, Ouanes-Besbes L, Abroug F.

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

**Introduction:** La paralysie périodique hypokaliémique thyrotoxisque (PPHT) est une complication neuromusculaire de l'hyperthyroïdie. Souvent décrite chez les asiatiques, elle est rare dans les autres ethnies, notamment chez les sujets caucasiens. 90% des cas rapportés dans la littérature sont décrits au Japon où la PPHT complique 2 % des hyperthyroïdies. Nous rapportons un cas de PPHT survenant chez un jeune hospitalisé dans notre service.

**Observation:** Il s'agit d'un patient âgé de 21 ans, aux antécédents personnels d'hyperthyroïdie depuis 3 ans, en arrêt de son traitement. Depuis 3 mois, des palpitations, des sueurs avec une asthénie, des myalgies et des crampes musculaires transitoires sont apparues. A J-1 de son admission et vers 1h du matin, le patient se plaint de lourdeur des 4 membres prédominant aux membres inférieurs. Le patient a consulté une clinique où une TDM cérébrale faite n'a pas montré d'anomalies; à la biologie une hypokaliémie à 1.7 mmol/l a été objectivée d'où son transfert à notre service de réanimation. A l'examen, le patient avait un déficit moteur proximal des 4 membres, une PA à 120/70 mmHg avec à l'ECG une tachycardie sinusale à 130/min et présence d'ondes U diffuses. La kaliurèse était basse à 13,5 mmol/L. Un bilan thyroïdien a montré une hyperthyroïdie avec une TSH effondrée  $< 0.05$   $\mu$ UI/ml et une FT4 élevée à 77,4 ng/l. Le diagnostic de PPHT a été retenu et une administration de KCl par PSE de a été entamée avec adjonction d'antithyroïdiens de synthèse et du Propranolol. L'évolution était marquée par la disparition progressive du déficit moteur concomitant avec la normalisation de la kaliémie et disparition des ondes U à l'ECG avec une baisse de la FC à 80/min. A J4 d'hospitalisation le patient était transféré au service d'endocrinologie.

**Discussion:** Nous rapportons un cas clinique d'une pathologie rare, la PPHT, engageant le pronostic vital et nécessitant l'hospitalisation en réanimation. Les caractéristiques cliniques et biologiques de la PPHT et de la paralysie périodique familiale sont proches, mise à part l'hyperthyroïdie. Dans les deux pathologies, des accès périodiques de paralysies flasques affectant surtout les membres inférieurs sont observés, survenant surtout au cours de la nuit. L'hypokaliémie est due au transfert inapproprié du potassium dans les cellules avec l'abaissement du potentiel membranaire et l'apparition d'une hyperexcitabilité musculaire, cette hypokaliémie est à l'origine des troubles moteurs. Dans le présent cas clinique le diagnostic de PPHT a été retenu devant l'hyperthyroïdie et l'absence de cas similaires dans la famille. Le traitement des accès aigus repose sur l'administration de potassium en intraveineux, la prise en charge de la thyrotoxicose et le contrôle des facteurs déclenchant éventuels.

**Conclusion:** La PPHT est une pathologie rare, de survenue le plus souvent brutale, pouvant être responsable d'un déficit moteur avec des troubles du rythme cardiaque secondaires à une hypokaliémie souvent profonde pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Le traitement de l'épisode aigu est principalement symptomatique.

## **P116. GREVE DE LA FAIM COMPLIQUEE DE TROUBLES METABOLIQUES GRAVES : A PROPOS D'UN CAS**

A. M'rad<sup>(1)</sup>, S. Souissi\*<sup>(1)</sup>, Y. Blel<sup>(1)</sup>, N. Kouraichi<sup>(1)</sup>, H. Thabet<sup>(2)</sup>, N. Brahmi<sup>(1)</sup>, M. Amamou<sup>(1)</sup>

(1) Service de réanimation, CAMU ;

(2) Service des urgences, CAMU

**Introduction :** La grève de la faim correspond à un refus prolongé de se nourrir par une personne mentalement compétente afin d'attirer l'attention des autorités et de l'opinion publique sur une situation particulière ou sur une revendication. Ce phénomène, de plus en plus fréquent surtout en milieu pénitencier, peut se compliquer de troubles métaboliques graves nécessitant une prise en charge rapide et adéquate pour pallier aux éventuelles complications. Nous illustrons l'observation d'un patient en grève de la faim prolongée ayant présenté des troubles métaboliques graves.

**Observation :** Patient de 27 ans, sans antécédents notables, était entré dans une grève de la faim collective et non sauvage dans une prison tunisienne. Au bout de 8 semaines, il a présenté une altération progressive de son état de conscience nécessitant la consultation aux urgences d'un centre hospitalo-universitaire de Tunis. A l'examen initial : glycémie capillaire à 2 g/l, patient apyrétique, cachectique, obnubilé (GCS=11/15), sans signes de localisation, déshydraté mais avec un état hémodynamique stable. Les principales anomalies biologiques étaient : une hyponatrémie à 123 mmol/l hypoosmolaire (osmolarité sanguine calculée à 260 mosmol/l) et une hypokaliémie à 3 mmol/l. Le scanner cérébral réalisé en urgence n'a pas révélé d'anomalies. Il a reçu une réhydratation par du sérum hypertonique (NaCl à 10%) avec une supplémentation potassique. Le bilan biologique de contrôle fait après 48 heures a montré une natrémie à 155 mmol/l et une osmolarité à 330 mosmol/l. L'évolution était marquée par une aggravation neurologique avec disparition des réflexes du tronc. Le contrôle tomодensitométrique a montré la présence d'une hémorragie intraventriculaire massive de tout le système ventriculaire prédominante dans le 4<sup>ème</sup>-ventricule, l'aqueduc du mésencéphale et le 3<sup>ème</sup> ventricule avec un hématome bithalamique médial. Le patient est décédé 24 heures après son admission en réanimation.

**Discussion :** Contrairement à la grève de la faim sauvage où le sujet s'auto-privé de toute nutrition, la grève non sauvage est caractérisée par un apport continu en eau et en hydrate de carbone. Ce régime diminue le risque de survenue d'hypoglycémie sévère mais il est à l'origine d'hyponatrémie profonde pouvant se compliquer par une altération de l'état de conscience ; c'était le cas de ce patient. Par ailleurs, cette observation illustre la possibilité de survenue d'hémorragies cérébrales lors de variation importante et surtout brutale de l'osmolarité plasmatique induisant un éclatement des capillaires cérébraux. Ceci souligne la nécessité d'une correction progressive de toute hyponatrémie.

**Conclusion :** Les grèves de la faim sont de plus en plus rencontrées en milieu carcéral. Elles peuvent se compliquer de troubles métaboliques graves nécessitant une prise en charge adéquate tout en intégrant l'aspect médical aux aspects légaux et éthiques.

## THEME COMPLICATIONS IATROGENES

### P117. INCIDENCE ET FACTEURS ASSOCIÉS AU SURDOSAGE EN AMINOSIDES CHEZ LES PATIENTS ADMIS EN RÉANIMATION

Ouanes I<sup>(1)</sup>, Bouriga MA<sup>(1)</sup>, Ghezaiel H<sup>(1)</sup>, Ben Fredj N<sup>(2)</sup>, Jabla R<sup>(1)</sup>, Chaabane A<sup>(2)</sup>, Bouzgarrou R<sup>(1)</sup>, Ben Abdallah S<sup>(1)</sup>, Dghim M<sup>(1)</sup>, Boussadia M<sup>(1)</sup>, Marzouk M<sup>(1)</sup>, Dachraoui F<sup>(1)</sup>, Ouanes-Besbes L<sup>(1)</sup>, Aouam K<sup>(2)</sup>, Abroug F<sup>(1)</sup>.

1- Service de Réanimation Polyvalente. CHU Fattouma Bourguiba- Monastir. Tunisie. 2- Service de Pharmacologie. Faculté de Médecine de Monastir. Tunisie.

**Introduction :** L'antibiothérapie précoce optimisée (en termes d'efficacité et de tolérance) est associée au pronostic des patients en sepsis sévère et en choc septique, un des moyens de son optimisation est le dosage des antibiotiques en réanimation. Les aminosides sont des antibiotiques concentration-dépendants, fréquemment prescrits dans ce contexte, la vérification du taux résiduel des aminosides 24 heures après la première injection permet d'optimiser leur tolérance. L'objectif de notre étude est de décrire l'incidence, la conduite et les facteurs associés à un taux résiduel élevé en aminosides chez les patients admis dans notre service.

**Patients et Méthodes :** C'est une étude de cohorte incluant les patients consécutivement admis en réanimation entre Janvier 2009 et Décembre 2013, et qui ont eu un ou plusieurs dosages d'amikacine et gentamicine. Le recueil des résultats des dosages était prospectif avec une analyse rétrospective des caractéristiques cliniques des patients à partir des dossiers médicaux. Les concentrations résiduelles sont considérées non toxiques si elles sont inférieures à 4 µg/ml pour l'amikacine et 1 µg/ml pour la gentamicine. Le surdosage est retenu au delà de ces valeurs. Une analyse univariée puis multivariée par régression logistique a été réalisée pour identifier les paramètres associés au surdosage.

**Résultats :** Durant la période d'étude 73 patients ont été inclus (âge médian=70 ans ; IQR=18, SAPSII médian=36 ; IQR=21,5). Quarante sept patients (64,4%) avaient un état de choc septique et/ou un sepsis sévère, et 26 (35,6%) avaient un sepsis. Quarante deux patients (57,5%) ont eu des catécholamines. Le foyer infectieux était : pulmonaire chez 43 patients (58,9%), urinaire chez 23 patients (31,5%) et hémato-vasculaire chez 4 patients (5,5%). La Durée médiane de séjour était de 14 jours (IQR=14) avec une mortalité de 35,6 %.

L'amikacine a été dosée chez 48 patients et la gentamicine chez 25. Un surdosage a été noté chez 40 patients (54,8%) conduisant à abaisser les doses chez 18 patients et à arrêter l'administration chez les 22 restants. Le taux était normal permettant la 2<sup>ème</sup> injection dans 45,2% des cas. Quinze parmi les patients ayant un surdosage au premier dosage ont eu un deuxième. Le tableau I compare les paramètres cliniques des deux groupes surdosage et pas de surdosage, 24 h après la première injection d'aminosides.

En analyse multivariée seule la clairance de la créatinine estimée par la formule de MDRD était indépendamment associée au surdosage en aminosides (OR=1,32 pour une diminution de 10 points, IC 95% : 1,01-1,73).

	Surdosage (n=40)	Pas de surdosage (n=33)	p
Age, années, med (IQR)	71,5 (15,5)	64 (22)	0,227
SAPS II, med (IQR)	38 (16,7)	29 (18,5)	0,008
Dose prescrite, mg,med (IQR)			0,001
- Gentamycine	240 (90)	220 (137)	
- Amikacine	1200 (150)	1000 (90)	
Créatinine initiale, med (IQR)	175 (225)	100 (55)	<0,001
MDRD, med (IQR)	29,4 (36,2)	66,4 (42,3)	<0,001
Dialyse, n (%)	2 (6,1)	10 (25)	0,054
Choc septique, n (%)	26 (65)	16 (48,5)	0,234
Durée de séjour en réanimation jours, med (IQR)	15 (18)	14 (11)	0,669
Mortalité, n (%)	15 (40,5)	11 (33,1)	0,623

**Conclusion :** Un taux résiduel élevé après la première injection d'aminosides a été noté dans 54,8% des patients de réanimation, l'insuffisance rénale était le seul facteur indépendamment associé à la survenue de ce surdosage dans notre population.

### P118. INCOMPATIBILITE MEDICAMENTEUSE DANS UN SERVICE DE REANIMATION MEDICALE : A PROPOS DE 44 FICHES DE PRESCRIPTIONS

F. Daly, S. Bellil\*, S. Abdellatif, A. Trifi, K. Mahjoub, R. Nasri, M. Queslati, R. Manai, M. Barghouth, M. Bachrouh, S. Ben Lakhal.

Service de réanimation médicale CHU La Rabta.

**Introduction :** La prise en charge en réanimation implique le plus souvent, l'administration d'un nombre important de substances différentes, la plupart par voie intraveineuse. Le nombre de cathéters par malade étant limité, il est

fréquent que plusieurs substances coulent en même temps sur la même ligne veineuse. Ces conditions peuvent induire de véritables réactions chimiques: c'est ce qu'on appelle l'incompatibilité physico-chimique (IPC). Cette IPC est à l'origine de nombreuses complications, parfois mortelles.

L'objectif de notre étude est d'étudier les compatibilités physicochimiques de l'ensemble des associations reçues par nos patients, de relever celles incompatibles et de proposer des solutions.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective observationnelle monocentrique, réalisée dans le service de réanimation médicale au CHU La Rabta. Tout contact d'un médicament injectable avec un autre médicament ou un soluté, un électrolyte, une alimentation parentérale ou un oligoélément est relevé. Ces associations peuvent se produire dans la seringue de reconstitution (association dans la même seringue), dans un soluté (association en solution) ou dans la tubulure à partir du robinet de perfusion (association en Y).

Une association est considérée incompatible si les concentrations utilisées coïncident avec celles testées et jugées incompatibles dans la littérature ; ou bien si les données sont contradictoires.

Dans certains cas, la compatibilité de l'association dépend de la concentration et du temps de contact. Dans ce cas, nous avons considéré les associations incompatibles si les concentrations ne coïncident pas avec celles testées compatibles ; et ce, quelle que soit la durée de contact. Il en est de même quand la durée de contact est supérieure à celle testée et jugée compatible, dans la littérature.

**Résultats :** Sur une période de un mois, 44 prescriptions ont été analysées intéressant 67 lignes veineuses de perfusion. Quarante médicaments administrés en intraveineux ont été inclus. Le nombre moyen de médicament est de 6,59 par prescription avec des extrêmes de 3 et 13 et de 4,72 en moyenne par ligne veineuse avec des extrêmes de 1 et 12. 410 associations ont été retrouvées avec une moyenne de 9,31 associations par prescription et des extrêmes de 3 et 90. 31 associations sont incompatibles du point de vue physico-chimique, soit un taux de 7,56%. 22 médicaments (soit 55%) sont incriminés : En tête de liste, on retrouve l'héparine (9 des 31 associations incompatibles soit 29%). La répartition par type d'association est représentée dans le tableau 1.

TA :	N :	IPC (N) :	% par rapport aux TA	% par rapport au total d'IPC	
Associations en Y :	Médicament Médicament	155	21	13,55	67,74
	Médicament électrolyte	132	3	2,27	9,67
	Médicament soluté	64	2	3,12	6,45
	Médicament oligoéléments	26	0	0	0
	Médicament alimentation	14	2	14,3	6,45
Total :	391	28	7,16	90,33	
Associations en solution :	18	3	16,66	9,67	
Associations dans la même seringue :	1	0	0	0	
Total : 410		31	7,56	100	

IPC : Incompatibilité physico-chimique ; N : Nombre ; TA : Types d'associations

**Conclusions :** Pour lutter contre l'IPC, plusieurs outils ont été créés : Des fiches de propriétés physico-chimiques ainsi qu'une matrice de compatibilité croisant l'ensemble des données bibliographiques pour les médicaments couramment utilisés dans le service, l'augmentation du nombre de lignes veineuses par patient, l'isolement de certains médicaments, l'utilisation de filtre et d'autres voies d'administration que la parentérale et l'implication du pharmacien hospitalier dans la prescription médicale. La sensibilisation du personnel à cette problématique serait un bon moyen pour réduire au mieux les incompatibilités potentielles.

## P119. L'ADSORPTION MÉDICAMENTEUSE ET LA DESORPTION EN RÉANIMATION.

F. Daly, M. Bachrouch\*, S. Abdellatif, K. Mahjoub, A. Trifi , R. Nasri, M. Oueslati, R. Manai, M. Barghouth, S. Bellil, S. Ben Lakhal.

Service de réanimation médicale CHU La Rabta.

**Introduction :** Les patients en réanimation reçoivent le plus souvent un nombre élevé de médicaments injectables. Certains principes actifs ou composants de ces derniers peuvent adhérer et être adsorbés par la surface des contenants (tubulures, seringues, etc). Cette adsorption médicamenteuse peut être responsable d'une perte arrivant jusqu'à 80 % de la substance active.

D'un autre côté, certains composants plastiques, parfois toxiques, de ces dispositifs peuvent être relargués dans la solution médicamenteuse et c'est la désorption.

Le degré de ces deux phénomènes dépend de plusieurs facteurs tels que la nature et la longueur du matériel de perfusion utilisé, le type de solution, la concentration du médicament, la température, la surface d'échange...

L'objectif de notre étude est de rechercher les molécules pouvant être responsable de ces phénomènes et de proposer des solutions.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective observationnelle menée dans un service de réanimation médicale de 8 lits durant un mois. Tous les médicaments injectables administrés ont été étudiés ainsi que leurs concentrations, le soluté de dilution, le temps de contact et l'exposition à la lumière. Les matériaux utilisés pour le conditionnement sont étudiés et ceci, concernant le type du matériel, ses composants et la longueur des tubes d'administrations.

Toutes ces données sont notées sur des fiches préalablement préparées.

Les données de compatibilités physico-chimiques relatives à ces médicaments avec le contenant sont extraites du « Handbook on injectable drugs 15<sup>th</sup> edition de Trissel » et de la base de données sur la stabilité et la compatibilité des médicaments injectables stabilis 4.0.

**Résultats :** 44 prescriptions sont analysées avec 67 lignes veineuses de perfusion. 40 médicaments injectables sont inclus dans cette étude. Le nombre moyen de médicament par ligne veineuse est de 4,72 avec des extrêmes de 1 et 12.

5 parmi ces médicaments sont incriminés dans le phénomène d'adsorption (12,5 %) et qui sont : l'amiodarone, l'insuline, la nicardipine, l'isosorbide dinitrate et le clonazepam. Les modes de préparation et d'administration de ces molécules sont représentés dans le tableau.

L'adsorption est multifactorielle et directement liée à l'utilisation du polyvinylchloride (PVC) dans 2 cas, la concentration du médicament dans 3 cas, l'exposition à la lumière dans deux cas et le soluté de dilution dans un cas.

Une seule molécule (2,5%), l'amiodarone, est concernée par le phénomène de désorption avec relargage du di-2-éthylhexylphtalate (DEHP) contenu dans le PVC des prolongateurs, un plastifiant dérivé des phtalates, pouvant être carcinogène, mutagène ou toxique pour la reproduction.

Molécules :	Soluté :	Concentration :	Prolongateur :	AL :
Nicardipine	Pur	1 mg/ml	PVC	Non
Amiodarone	S.S.I	12,5 mg/ml	PVC	Non
Insuline	G.F	1UI/ml	PVC	Non
Clonazepam	S.S.I	0,125 mg/ml	PVC	Non
Isosorbidedinitrate	Pur	1 mg/ml	PVC	Non

AL : Abri de la lumière ; G.F : Gélatine fluidifiée ; PVC :Polyvinylchloride ; S.S.I : Sérum salé isotonique

**Conclusions :** La lutte contre l'adsorption et la désorption doit commencer par la sensibilisation du personnel médical et paramédical. Ceci doit être soutenu par des supports visuels, facilement accessibles, où on retrouve les recommandations d'utilisation de chaque médicament concernant le contenant, le soluté de dilution, la concentration et l'exposition à la lumière.

## P120. TOXIDERMIES GRAVES A L'ALLOPURINOL : A PROPOS DE DEUX CAS

Amri R\*, Ben Dahmen F, Garbouj W, Sahli H, Ben Hadj Ali M(+), Ammar Y(+), Chelbi E(++), Harrane H, Azzabi S, Jazzi R(+++).

Service de médecine interne, (+) : Service des urgences, (++) : service d'anatomopathologie, (+++) : service d'hémodialyse, Hôpital Mohamed Tahar Mâamouri, Nabeul.

**Introduction :** L'allopurinol est le médicament le plus largement prescrit dans le traitement de l'hyper uricémie. Il est habituellement bien toléré, mais des réactions graves d'intolérance à ce produit ont été décrites ; (0.4% de toxidermies graves telle qu'un DRESS syndrome ou un Syndrome de Stevens-Johnson). Leur survenue chez un sujet âgé peut constituer une véritable urgence vitale. Nous rapportons 2 cas graves illustratifs survenant chez des sujets âgés.

Le but de ce travail est d'attirer l'attention sur la gravité potentielle des syndromes d'hypersensibilité et des réactions cutanées, en particulier des toxidermies bulleuses, liés à la prise de spécialités contenant de l'allopurinol.

**Observation 1 :** Patient âgé de 84 ans aux antécédents d'HTA et de cancer du cavum traité, hospitalisé dans notre service pour altération de l'état général avec des lésions cutanées diffuses apparues 2 semaines après la prise d'allopurinol. L'examen trouve une fébricule à 37,8°C, une déshydratation stade 1 et une éruption érythémateuse maculeuse diffuse cutanée et muqueuse étendue. Le signe de Nikolsky était positif. La biopsie cutanée a mis en évidence un décollement total de l'épiderme de surface très évocateur du syndrome de Stevens-Johnson. L'enquête de pharmacovigilance a permis de retenir la responsabilité d'allopurinol.

**Observation 2 :** Patiente âgée de 78 ans, hypertendue sous amlodipine et aspégic depuis plusieurs années. Mise depuis une semaine sous allopurinol 200 mg/j pour une hyperuricémie asymptomatique.

Elle est admise pour une éruption fébrile d'apparition brutale, maculo-papuleuse érythémateuse, prurigineuse, siégeant au niveau du visage puis se généralisant au tronc et aux quatre membres avec fièvre. L'examen cardio-pulmonaire est normal. La biologie montre une VS à 59 mm à la première heure, une CRP à 23, des globules blancs à 7800/mm<sup>3</sup> avec des éosinophiles à 800/mm<sup>3</sup> et des monocytes à 100 /mm<sup>3</sup>, des  $\gamma$ GT à 2,5 fois le normale et la bilirubinémie totale à 61,7 à prédominance libre. Il n'y a pas de cytolyse ni d'insuffisance hépatocellulaire. La créatininémie est à 33mg/L et l'uricémie à 366  $\mu$ mol/l. Les sérologies de l'EBV, du CMV et du HSV montrent des signes d'infection ancienne. Les hémocultures et l'ECBU sont négatives.

Devant ces éléments, un syndrome d'hypersensibilité à l'allopurinol est suspecté, confirmé ultérieurement par une enquête de pharmacovigilance, la conduite est l'arrêt immédiat de l'allopurinol et la prescription d'une corticothérapie de brève durée. L'évolution est favorable avec une apyrexie, une régression de l'éruption et une normalisation des anomalies biologiques.

**Conclusion :** Certaines règles doivent être respectées pour diminuer le risque de survenue d'hypersensibilité à l'allopurinol, parmi lesquelles : ne pas traiter les hyper uricémies asymptomatiques ou induites par les diurétiques ; éviter l'allopurinol devant une insuffisance rénale ou un âge avancé ; ne pas co-prescrire un thiazidique ou une pénicilline.

## P121. UN DRESS DE DIAGNOSTIC DIFFICILE

M Bouzidi\*, A Mestiri, S Bellakhal, B Ben Kaab, F Derbel, A Jallouli, H Smida, MH Douggui.

*Service de Médecine Interne, Hôpital des Forces de Sécurité Intérieure, La Marsa.*

**Introduction :** Le DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and systemic symptoms) est une réaction d'hypersensibilité médicamenteuse retardée, rare mais sévère. La présentation complète associe une éruption cutanée, une atteinte viscérale et hématologique. Ces manifestations peuvent simuler un lymphome qui constitue un diagnostic différentiel à ne pas méconnaître.

Nous rapportons un cas de DRESS de diagnostic difficile devant une présentation hématologique initiale.

**Observation :** Un patient âgé de 43 ans était hospitalisé pour fièvre à 40°C associée à une polyadénopathie. A l'examen il présentait un érythème maculo-papuleux prurigineux du visage et du tronc, de multiples adénopathies cervicales, axillaires et inguinales centimétriques et une hépato-splénomégalie. A la biologie il y avait une hyperleucocytose à 12000/mm<sup>3</sup>, une éosinophilie à 800/mm<sup>3</sup>, une cytolyse à 6 fois la normale et une cholestase. Les sérologies des hépatites virales B, C et CMV ainsi que les hémocultures étaient négatives. L'évolution était rapidement marquée par l'extension des lésions cutanées vers l'abdomen et les membres inférieurs avec apparition d'un énanthème de la muqueuse buccale. L'enquête médicamenteuse révélait que le patient était traité depuis trois semaines par allopurinol pour une hyperuricémie asymptomatique. L'hypothèse d'un DRESS avait été alors évoquée, l'allopurinol était alors arrêté et le patient était traité par corticothérapie à la dose de 1mg/kg/j. Ce traitement apportait une amélioration des lésions cutanées et des anomalies biologiques. L'enquête de pharmacovigilance avait confirmé l'imputabilité de l'allopurinol.

**Discussion :** Le DRESS syndrome peut mimer différents diagnostics : une infection virale ou bactérienne, une connectivite ou une hémopathie. La recherche d'une prise médicamenteuse doit être systématique chez tout patient afin d'arrêter le plus rapidement possible le médicament imputable en cas de DRESS et de limiter la demande d'examens complémentaires parfois invasifs. Pour notre observation l'extension rapide des lésions, l'atteinte de la muqueuse buccale nous ont fait penser à l'origine médicamenteuse. La positivité de la sérologie Herpes chez notre patient appuie l'hypothèse du rôle de la réactivation virale dans le déclenchement du DRESS.

**Conclusion :** La gravité potentielle du DRESS et la difficulté de son diagnostic dans les présentations atypiques incitent à la rationalisation de la prescription médicamenteuse. L'allopurinol figure parmi les médicaments les plus incriminés dans le DRESS.

## P122. LE SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE POST-TRANSFUSIONNEL (TRALI) : A PROPOS D'UN CAS.

Fatnassi M \*, Ghadhoun H, Guissouma J, Souissi S, Samet M, Brahmi H, Elghord H.

*Service De Réanimation Médicale, Hôpital Universitaire de Bizerte.*

**Introduction:** Le TRALI, acronyme de transfusion-related acute lung injury est un syndrome de détresse respiratoire aiguë post-transfusionnel qui se présente comme un œdème pulmonaire aigu non cardiogénique survenant dans les six heures après une transfusion. Il constitue actuellement une des principales causes de mortalité iatrogène transfusionnelle.

**Observation:** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 33 ans primipare, qui suite à un accouchement par voie basse, a présenté une hémorragie de la délivrance par inertie utérine nécessitant une chirurgie d'hémostase avec transfusion de 2 culots globulaires et 5 plasmas frais congelés. Une heure après, l'évolution a été marquée



par l'installation brutale d'une dyspnée avec une tachypnée à 47 c/mn, des signes de lutte, des mousses aux lèvres, une SpO<sub>2</sub> à 73% à l'AA, des crépitations diffus aux deux champs pulmonaires, une tachycardie à 170 bpm, une hypotension à 90/65 mmHg, une pâleur cutanéomuqueuse, une agitation et des frissons. A la gazométrie : une hypoxémie avec un PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> à 104 et une acidose métabolique. A la radiographie du thorax : des opacités floconneuses alvéolo-interstitielles bilatérales en tempête de neige. A la biologie une anémie aiguë à 8 g/dl en per opératoire, contrôlée à 11 g/dl en post opératoire, et une hyperleucocytose à 30,880 el/mm<sup>3</sup>. L'échographie cardiaque a montré un cœur hyperkinétique avec fonction VG normale (en particulier, absence d'origine cardiaque du choc ni de signes de cœur pulmonaire aigu). Devant ce tableau de SDRA, la patiente a été mise sous ventilation mécanique invasive après pré-oxygénation par la VNI. L'état de choc a été jugulé par l'introduction de la noradrénaline parallèlement à un remplissage prudent (devant les signes de pré charge dépendance sans aggravation des échanges gazeux). L'évolution a été favorable, avec sevrage des catécholamines au bout de 48 heures et extubation au bout de 72h. Le contrôle hématologique n'a pas montré d'incompatibilité ABO-Rhésus.

**Discussion:** Le TRALI a une incidence mal évaluée, variant entre 1/500 000 à 1/5000 selon les auteurs. Sa symptomatologie est identique à celle des œdèmes pulmonaires lésionnels d'autres origines. Il survient en général dans l'heure suivant la fin d'une transfusion avec un délai maximal de six heures. L'évolution du TRALI est généralement favorable sans séquelles. La mortalité est estimée à 5-13% [3]. Tous les produits sanguins labiles, contenant du plasma, ont été impliqués.

Le mécanisme physiopathologique du TRALI non encore bien élucidé implique d'une part un conflit immunitaire mettant en jeu des anticorps anti-leucocytaires et d'autre part une condition clinique prédisposante avec une leucostase pulmonaire, provoquant une réaction inflammatoire pulmonaire majeure avec lésion endothéliale et augmentation de la perméabilité de la paroi alvéolo capillaire. L'attitude envers les donneurs impliqués n'est pas encore codifiée.

**Conclusion:** La transfusion sanguine à but salvateur peut parfois engendrer des complications graves, voire mortelles. La prévention consiste à éliminer les donneurs impliqués dans un TRALI, d'utiliser du sang « plus frais », des produits déleucocytés et déplasmatisés, au moins pour les sujets appartenant à une catégorie à risque, d'assurer une surveillance rapprochée des patients transfusés et de signaler des cas suspects de TRALI.

## P123. STENOSE TRACHEALE CHEZ LES BRULÉS

B. Gasri\*; A. Mokline; L. Gharsallah; I. Rahmani; S. Tlaili; A. Hachani ; R. Hammouda ; AA. Messadi.

*Réanimation des Brulés. Centre de Traumatologie et des Grands Brulés*

**Introduction :** La sténose trachéale post intubation est rare et de diagnostic tardif. Elle survient soit au décours d'une intubation traumatique, en cas des intubations itératives ou en cas d'intubation prolongée dans des contextes particuliers (sepsis, comas, traumatismes crâniens...). Notre étude se propose d'étudier les cas de sténose trachéale chez les brulés hospitalisés en réanimation, de dégager les facteurs favorisants et d'étudier les modalités diagnostiques et thérapeutiques.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective menée au service de réanimation des brulés de Tunis sur une période de 4 ans (2010- 2013). Ont été inclus les patients brulés admis en réanimation et ayant nécessité le recours à l'intubation. Le diagnostic de sténose trachéale était suspecté devant des signes respiratoires (dyspnée, stridor...), et confirmé par un bilan endoscopique (trachéoscopie) et/ou radiologique (TDM trachéal).

**Résultats :** Durant la période d'étude 1076 patients ont été admis. Le diagnostic de sténose trachéale a été retenu chez 12 malades dont 10 avaient des dossiers exploitables. Il s'agit de 6 hommes et de 4 femmes, avec un âge moyen de 23± 15 ans (8-58 ans). La surface brulée moyenne (SCB) est de 26 ± 13%. Le recours à l'intubation était pour brulures de la face et/ou de cou (n=9) et devant une altération de l'état de conscience en rapport avec un hématome extra dural post traumatique (n=1). La brulure des voies aériennes supérieures était objectivée dans 70% des cas. La durée moyenne de l'assistance ventilatoire était de 11 jours. Les circonstances de découverte de la sténose trachéale étaient une dyspnée dans 90% des cas associées à un stridor dans la moitié des cas. La durée moyenne de survenue de la sténose était de 38 jours après l'extubation avec un délai maximal de 107 jours. La confirmation diagnostique était réalisée par un TDM laryngé dans 8 cas complétée par une endoscopie sous AG dans 7 cas. La sténose trachéale était en moyenne à 27,5 mm du plan glottique (10-60 mm) et l'étendue moyenne était de 24 mm (15-24 mm). Elle réduit le diamètre trachéal en moyenne de 70 millimètres. Les modalités thérapeutiques étaient d'ordre médical (corticoïdes inhalés et/ou par voie générale) dans tous les cas et/ou chirurgical : résection anastomose (n=4) ; résection par laser (n=1) ; calibrage de la sténose par tube de Montgomery (n=1). 3 patients sont décédés par une détresse respiratoire.

**Conclusion :** La sténose trachéale chez les brulés reste une complication rare mais grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Les brulures de la face et les lésions d'inhalation sont les principaux facteurs de risque de survenue de cette complication

## P124. PERIPHERALLY INSERTED CENTRAL CATHETER (PICC LINE)

Ammar Chedi; Mhamdi Salah; Nakhli Mohamed Said; Guizani Taieb\*; Elacheche Walid; Chebbi Nidhal; Naija Walid; Said Rachid.

*Service d'anesthésie et réanimation chirurgicale, CHU Sahloul, Sousse.*

**Introduction:** L'accès veineux central peut poser des problèmes lors de l'insertion ou secondairement lors des traitements prolongés. Lors de la pose, il peut s'agir de difficultés anatomiques parfois acquises comme le cas des brûlures étendues. Après l'insertion c'est surtout le risque infectieux et thrombotique. PICC line est de plus en plus utilisée dans ce sens. Utilisant la veine basilique surtout, la veine brachiale ou céphalique.

**Observation :** patiente O Z. Âgée de 39ans sans antécédents, victime de brûlures au cours d'un accident domestique. Les brûlures estimées à 45% intéressent la face, le cou de façon circonférentielle, les 2 membres supérieurs (bras droit et tous le membre gauche) et le thorax. La patiente bénéficiait de changements de pansement, avec parfois excision, au bloc opératoire sous anesthésie générale tous les deux jours. Dès le début de la deuxième semaine, une infection des zones brûlées parait évidente avec couleur cyanique et mauvaise odeur, ainsi qu'une fièvre continue.

Une antibiothérapie probabiliste à base d'imipenème/amikacine puis ajout de vancomycine. Des hémocultures positives à *Pseudomonas aeruginosa* et *Acinetobacter baumannii* multi- résistant pour lequel on a ajouté de la colimycine. La vancomycine a été arrêtée.

Pendant une période de 25 jours on utilisait en alternance un accès veineux fémoral droit et gauche.

La patiente a développé une thrombophlébite fémorale droite, pour laquelle elle a été mise sous enoxaparine 80mgx2/jour. La culture du bout du cathéter fémoral gauche(troisième cathéter inséré) a isolé un candida raison pour laquelle le fluconazole a été ajouté. A j26 on a inséré sous guidage échographique un PICC line au niveau de la veine basilique droite. Ce qui a permis la continuité des soins et des traitements intraveineux. La bonne évolution a permis l'ablation du cathéter après 30 jours et la patiente a été mise sortante après une hospitalisation de 55 jours sous anti-vitamine K.

**Conclusion :** Le PICC line anciennement utilisé sous le nom de cathéter veineux central basilique (ou céphalique) est délaissé vue le taux élevé de complications infectieuses et surtout thrombo-phlébitiques. Actuellement, vue l'amélioration des matériaux utilisés dans la fabrication et la possibilité d'utilisation de l'échographie, l'utilisation de PICC line devrait être encouragée surtout en cas de difficultés de pose de cathéters centraux classiques.

## P125. PNEUMOPÉRITOINE MASSIF INDUIT PAR LA VENTILATION MÉCANIQUE : A PROPOS DE L'OBSERVATION DE DEUX PATIENTS SYMPTOMATIQUES

I. Chouchene; R. Bouneb ; A. A.kheder ; K. Meddeb ; S. Bouchoucha.

*Service de Réanimation médicale, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie*

Le pneumopéritoine résulte généralement (90%) d'une perforation d'un organe creux intra abdominal qui nécessite une prise en charge chirurgicale urgente. Cependant, dans 5 à 15% des cas, il n'est pas d'origine chirurgicale et il provient d'autres causes en rapport essentiellement avec une intervention médicale. En soins intensifs, le diagnostic de pneumopéritoine non chirurgical est très difficile mais s'avère nécessaire afin d'éviter à de tels patients notamment ceux avec un sepsis grave ou une défaillance d'organes une laparotomie pouvant être source de complications majeures. Nous rapportons à travers l'observation de deux situations cliniques, deux cas de pneumopéritoine massif apparus rapidement après une ventilation mécanique sans signes d'irritation péritonéale. L'exploration clinique et para clinique à visée étiologique n'a pas révélé d'étiologie chirurgicale. Une laparotomie exploratrice a été entreprise chez un des patients et est revenue sans anomalies. La ventilation mécanique en pression positive et un barotraumatisme secondaire à un bronchospasme sévère ont été les deux causes de pneumopéritoine retenues. Une revue de la littérature visant à relever les causes non chirurgicales des pneumopéritoines afin d'éviter des laparotomies inutiles a également été entreprise

## THEME SCORING et PRONOSTIC

### P126. EVALUATION DU SOMMEIL CHEZ LE PERSONNEL DE RÉANIMATION ET SOINS INTENSIFS

Mahdi Marzouk\*, Mohamed Amine Bouriga, Rami Jabla, Radhia Bouzguarrou, Mohamed Boussadia, Hela Ghzeil, Meriem Dghim, Fahmi Dachraoui, Sawssen Ben Abdallah, Islem Ouanes, Lamia Ouanes Besbes, Fekri Abroug.

*Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba Monastir*

**Introduction :** L'exercice médical en réanimation et soins intensifs est caractérisé par des plages horaires assez longues, une charge de travail élevée, un stress et la survenue plus fréquente de conflits conduisant à l'épuisement professionnel. Ceci est à l'origine de la perte du bien-être psychologique et probablement d'une perturbation du sommeil pouvant conduire à une détérioration de la performance au travail dans ces unités. Objectif : décrire la prévalence des perturbations du sommeil chez le personnel exerçant dans les services de réanimation et soins intensifs.

**Matériels et Méthodes :** Étude prospective réalisée entre le 15 août 2014 et le 16 septembre 2014, utilisant un questionnaire distribué aux équipes médicales et paramédicales de 5 unités de réanimation et soins intensifs du CHU Fattouma Bourguiba, Monastir. La qualité du sommeil a été évaluée sur la base du score de Pittsburgh (19 questions d'auto-évaluation se combinent pour donner 7 "composantes" du score global, chaque composante recevant un score de 0 à 3, un score de 0 indique qu'il n'y a aucune difficulté tandis qu'un score de 3 indique l'existence de difficultés sévères. Les 7 composantes du score s'additionnent pour donner un score global allant de 0 à 21 points, 0 voulant dire qu'il n'y a aucune difficulté, et 21 indiquant au contraire des difficultés majeures ; une mauvaise qualité de sommeil est retenue si le score est strictement supérieur à 5), et la somnolence par l'échelle d'Epworth (8 items cotés de 0 à 3, score total allant de 0 à 21 ; score < 8: pas de dette de sommeil, entre 9 et 14: déficit de sommeil, score > 15: somnolence diurne excessive).

**Résultats :** Le questionnaire a été rempli par 80 participants dont 89% (71) étaient des médecins, 38 d'entre eux étaient de sexe masculin. 43,2% (35) des personnes interrogées étaient âgées entre 26-30 ans et 35% (28) étaient âgées de moins de 25 ans. La médiane du nombre d'heure de travail hebdomadaire était de 72 heures (25-100, IQR = 18). La durée de sommeil nocturne était estimée inférieure à 6 h chez la moitié des personnes interrogées (41). La qualité du sommeil était jugée « assez mauvaise » et « très mauvaise » respectivement par 35% et 11,3% du personnel ayant répondu au questionnaire, à l'opposé 4 personnes, seulement, ont estimé que la qualité de leur sommeil était « très bonne ». 9% du personnel ont rapporté l'usage d'un médicament somnifère. 45 % ont signalé des difficultés d'endormissement (latence du sommeil > 30 mn). La médiane du score de Pittsburgh était de 7 (2-17 ; IQR = 4). Près des 3/4 du personnel présentait un sommeil inadéquat (Score de Pittsburgh ≥ 6). Le score d'Epworth médian était de 9 (0-20 ; IQR=7). 40% et 14% du personnel présentaient respectivement un déficit de sommeil et une somnolence diurne excessive.

**Conclusion :** Notre enquête sur l'évaluation du sommeil du personnel de réanimation et soins intensifs a révélé que plus de la moitié d'entre eux présentaient un sommeil de mauvaise qualité, insuffisamment long (< 6 h) et une somnolence diurne.

### P127. MORBIDITE MATERNELLE ET NEONATALE DU HELLP SYNDROME. A PROPOS DE 27 CAS

E.Fenina, C.Mrazguia, F.Khalaf, A. Ajili.

*Service de gynécologie obstétrique, hôpital régional de Nabeul*

**Introduction :** Défini par l'association d'une hémolyse, d'une cytolyse et d'une thrombopénie, le HELLP syndrome est une complication de la pré-éclampsie engageant le pronostic maternel et fœtal. Objectifs : Etudier la morbidité chez les patientes ayant présenté un HELLP syndrome à la maternité de Nabeul.

**Patientes et méthode :** Etude rétrospective de 27 cas de HELLP syndrome pris en charge à la maternité de Nabeul entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et le 31 décembre 2013

**Résultats :** Le terme moyen du diagnostic : 32,8 SA, avec 8 cas dans le post partum. La barre épigastrique était le signe clinique le plus fréquent (39%). L'attitude thérapeutique a été dans tous les cas une évacuation de la grossesse. Dans notre série tous les cas de HELLP syndrome ont été associés à la pré-éclampsie. La complication maternelle la plus fréquente était l'insuffisance rénale aiguë (23%), la deuxième étant le recours à la transfusion (15%). Aucun décès maternel, 1 cas d'hématome sous capsulaire du foie, 22 hospitalisations en réanimation pour surveillance. Les complications fœtales : retard de croissance intra utérin (46%), mort fœtale in utero (4%). Les complications néonatales les plus fréquentes étaient d'ordre respiratoire : Détresse respiratoire et Maladie des Membranes Hyalines. On a noté 6 cas de décès post natal dus à la prématurité et à l'hypotrophie fœtale

**Conclusion :** Le HELLP syndrome reste une pathologie grave nécessitant une prise en charge rapide et multidisciplinaire. Sa recherche doit être systématique devant tout contexte de pré éclampsie. Sa prise en charge reste basée sur l'évacuation de la grossesse

## **P128. LA MORBI-MORTALITE DES PATIENTS EN REANIMATION : COMPARAISON ENTRE DEUX PERIODES.**

Jaoued O\*, Tilouche N, Ben sik ali H, Boujelbene N, Gharbi R, Fekih Hassen M, Elatrous S.

*Service de réanimation médicale. Hôpital Taher Sfar Mahdia*

**Introduction :** Les services des urgences représentent le premier service de recrutement des patients en réanimation. Ce dernier, dépend des facteurs éthiques et organisationnels. Objectifs : Déterminer les caractéristiques démographiques, cliniques et évolutives des patients hospitalisés en réanimation pendant 2 périodes et leur impact sur la morbi-mortalité.

**Matériels et méthodes:** C'est une étude rétrospective étalée sur 14 ans (Mars 2001 jusqu'à juin 2014). Tous les patients hospitalisés en réanimation par le biais des urgences pendant cette période étaient inclus. Deux périodes étaient individualisées : période 1 (P1) avant 2009, caractérisée par l'absence d'un médecin urgentiste et période 2 (P2): pendant la quelle les urgences étaient gérées par un médecin réanimateur. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques, l'état de santé antérieur, le score de gravité (SAPSII), la charge de travail  $\Omega$ , la durée de ventilation mécanique, la durée de séjour en réanimation et la mortalité.

**Résultats:** Durant la période de l'étude 4128 patients (âge moyen  $56 \pm 21$ , sexe ratio 1,26 et SAPSII moyen à  $33 \pm 20$ ) étaient inclus. Pendant P2 : 38% des patients avaient une restriction importante comparés à 33% en P1 ( $p=0,0042$ ). Le SAPSII était significativement plus important durant P2 ( $51 \pm 20$ ) vs  $28 \pm 16$  en P1 ( $p < 10^{-3}$ ). Il n'existait pas de différence statistiquement significative concernant le motif d'hospitalisation entre les deux périodes. La charge de travail ( $\Omega$  était significativement plus élevée en P2 :  $102 \pm 209$  vs  $79 \pm 102$  ( $p < 10^{-3}$ )). Cinquante trois pour cent des patients en P1 étaient ventilés mécaniquement contre 60% durant la 2<sup>ème</sup> période ( $p < 10^{-3}$ ). Les épurations extra rénale et les explorations hémodynamiques étaient significativement plus élevées dans la 2<sup>ème</sup> période respectivement : 3% vs 5% et 3% vs 5%. La durée de séjour était de  $8 \pm 11$  j en P1 vs  $10 \pm 15$  j en P2. La mortalité en P1 était de (23%) et de (22%) en P1.

**Conclusion :** Pendant la 2<sup>ème</sup> période les patients hospitalisés en réanimation étaient plus grave avec une consommation plus importante du coût (explorations invasives, charge de travail et épuration extra rénale). Il y a une tendance dans la diminution de la mortalité.

## **P129. ETUDE DE LA VALIDITE DU SCORE SAPS II CHEZ LES PATIENTES OBSTETRIQUES EN MILIEU DE SOINS INTENSIFS**

F Medhioub; R Ammar; A Chaari; O Turki; K Rgaieg; H Chelly; M Bahloul; C Ben Hamida; M Bouaziz.

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

**But du travail :** Les scores de gravité ont été développés dans le but d'évaluer la sévérité des patients en milieu de réanimation et de prédire leur évolution ultérieure ainsi que leur pronostic. L'objectif de notre étude est d'analyser la validité du score Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) en termes de prédiction de mortalité en réanimation chez les patientes obstétricales ayant nécessité l'hospitalisation en milieu de réanimation.

**Patientes et méthodes :** Etude rétrospective a inclut toutes les parturientes admises en réanimation durant 20 ans (1993 - 2012). Le pouvoir discriminant a été étudié par la méthode des courbes ROC. La calibration a été basée sur la comparaison de la mortalité observée (MO) et de la mortalité prédite (MPR) et vérifiée par le test de Goodness of fit de Lemeshow-Hosmer (H).

**Résultats :** Durant la période d'étude, 725 patientes ont été hospitalisées dans le service de réanimation médicale de Sfax. L'âge moyen était de  $31.2 \pm 6.4$  ans. Le terme moyen de la grossesse à l'accouchement a été de  $33.9 \pm 5.9$  semaines. Les motifs d'admission en réanimation les plus fréquemment rencontrés ont été les complications de l'HTA gravidique (62.3 %) et les hémorragies majeures (14 %). La pression artérielle systolique moyenne a été de  $136 \pm 31$  mmHg alors que la pression artérielle diastolique moyenne a été de  $86 \pm 19$  mmHg. La fréquence cardiaque moyenne a été de  $109 \pm 24.7$  batt/mn. Nous avons noté un état de choc chez 169 patientes (23.3 %). La fréquence respiratoire moyenne a été de  $22 \pm 6.7$  c/mn. Le score de coma de Glasgow moyen a été de  $14.1 \pm 2.6$  points. A la biologie, nous avons noté une insuffisance rénale aigue chez 398 patientes (54.8 %) et une CIVD chez 217 patientes (30 %). La durée moyenne de ventilation mécanique a été de  $2.9 \pm 4.2$  jours. Un traitement antihypertenseur a été instauré 455 patientes (62.8 %). Une transfusion sanguine a été indiquée chez 290 patientes (40 %). La durée moyenne de séjour en réanimation a été de  $2.8 \pm 4.2$  jours. La mortalité observée a été de 6.7%. En traçant la courbe ROC, le score SAPS II avait une aire sous la courbe de 0.88 IC 95 % [0.82, 0.93] supérieure à 0.84 témoignant d'un excellent pouvoir discriminant en termes de mortalité. La valeur la plus discriminante a

été de 24 points (Se : 89 %, Sp : 72 %). La mortalité prédite (MPR) a été de 7.4 %. La mortalité standardisée a été proche de 1 (SMR=MO/MPR= 0.90). La valeur de H calculée par le test de goodness of fit de Lesmesshow a été de 13.65 ( $p > 0.05$ ), ce qui témoigne d'une calibration acceptable de ce score.

**Conclusion :** Dans ce groupe de patientes obstétricales, nous avons noté un excellent pouvoir discriminant du score SAPS II en termes de mortalité et une parfaite calibration permettant de prédire de façon satisfaisante la probabilité de décès.

## P130. ETUDE COMPARATIVE DES SCORES DE DEFAILLANCES MULTIVISCERALES SOFA ET LODS

Ammar. R, Chtara. K, Hammed. H, Baccouch N, Turki.O, Rgaig. K, Chaari. A, Bahloul.M, Ben Hamida.Ch; Chelly H et Bouaziz.M.

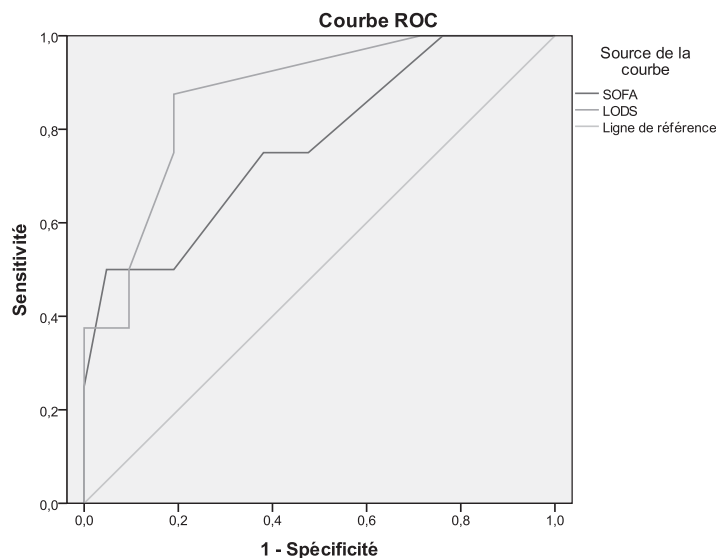
Service de Réanimation polyvalente, CHU Habib Bourguiba Sfax

**Objectif :** Evaluer et comparer les scores de défaillances multiviscérales SOFA et LODS l'admission, à J3 et à J7.

**Matériels et Méthodes :** C'est une étude prospective menée dans le service de réanimation polyvalente du CHU Habib Bourguiba à Sfax pendant la période entre 01 juillet 2014 et le 31 août 2014. Nous avons recueillis les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et évolutives et nous avons calculé les scores de défaillance multiviscérale SOFA et LODS à l'admission, J3 et J7. Le critère d'exclusion était un séjour < 24 heures.

**Résultats :** Pendant ces deux mois, soixante patients parmi 132 étaient hospitalisés plus que 24 heures. Le sexe ratio était de 3, l'âge moyen était de 41 ans avec des extrêmes entre 4 et 80 ans. Le principal motif d'admission était un polytraumatisme avec un taux de 63,3 %. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 11 jours +/- 9 jours. La mortalité hospitalière était de 31,7 %. A l'admission, le score de SOFA n'était pas significativement corrélé à la mortalité ( $p=0,06$ ) alors que le score LODS était significativement corrélé à la mortalité ( $p=0,012$ ). A J3, SOFA et LODS étaient significativement corrélés à la mortalité ( $p<0,01$  pour les deux) et respectivement une médiane à 6 [4-9] et 5 [3 -8]. Un SOFA > 6 avait une sensibilité à 81 % et une spécificité à 70 %. Un LODS > 5 avait une sensibilité à 87 % et une spécificité à 84 % avec des AUC respectivement à 0,84 et 0,91. A J7, seul le LODS était significativement corrélé à la mortalité ( $p = 0,01$ ) avec une médiane 4 [4 - 6]. En analysant la courbe ROC (AUC=0,87), un LODS > 4, la sensibilité était à 87 % et la spécificité était à 81 %.

**Conclusion :** le SOFA est mieux corrélé à la mortalité à J3, alors que le LODS est plus prédictif de la mortalité aussi bien à l'admission qu'à J3 et J7.



Les segments diagonaux sont générés par des liaisons.

## **P131. ETUDE DES SCORES PRONOSTIQUES DANS UNE URGENCE POLYVALENTE (PEDS, APACHEII, MEWS)**

Kamel Majed, Neila Meghaieth\*, Khedija Zaouche, Asma Chargui, Asma Ben Hmida, Salwa Ben Dhief, Hamida Maghraoui, Chokri Hamouda, Nebiha Borsali Falfoul.

*Service des urgences la Rabta*

**Introduction :** Prince of Wales Emergency Département Score (PEDS), est un score pronostique se basant sur des données anamnestiques (antécédents de métastases), cliniques (score de Glasgow, tension artérielle systolique) et biologiques (globules blancs, réserve alcaline et Glycémie) qui a été validé comme score prédictif d'admission en réanimation ou de décès précoce. But : Notre travail se propose de valider ce score, le comparer par rapport aux autres scores (APACHE II MEWS) et d'étudier son utilité dans une unité d'hospitalisation de courte durée.

**Patients et Méthode :** Nous avons conduit une étude prospective sur une durée de 3 mois incluant 117 patients admis en UHCD pour pathologie médicale, n'ont pas été inclus les malades qui nécessitent une chirurgie urgente ni les malades de traumatologie ni les malades qui ont séjourné moins de deux heures. Pour chaque malade le PEDS score, l'APACHE et le MEWS ont été calculé et un suivie a été effectué avec comme critère de jugement primaire : le décès précoce et l'admission en réanimation.

**Résultats :** Nous avons colligé 117 malades, le sex-ratio était de 0.98. L'âge moyen était de 61 ans avec un écart type de 17,7 ans. La dyspnée et les douleurs thoraciques étaient les motifs de consultation les plus fréquent (respectivement 45% et 21%) le diabète et l'hypertension artérielle étaient présents respectivement chez 41% et 31% de notre population. Un cancer métastasé a été retrouvé chez trois malades. la mortalité précoce (dans les sept jours) a été de 22.8% 6.8% des malades ont été transféré en réanimation. En analyse uni varié le score de Glasgow, la basémie à l'admission ainsi que le la glycémie étaient les variables statistiquement liées à la mortalité précoce. Uniquement 7.7% des malades ont été classé à risque élevé par le PEDS score. L'étude des trois scores a conclu à une corrélation statistiquement significative ( $p < 0.05$ ) avec la mortalité précoce et le transfert en réanimation mais cette corrélation était faible pour le PEDS.

**Conclusion :** Ces résultats peuvent être expliqués par le faible pourcentage des malades cancéreux dans notre étude et ouvrent la voie à d'autres travaux avec un plus grand nombre de patients pour valider ce score.

## **P132. L'EPIDEMIOLOGIE ET LA VALEUR PRONOSTIQUE DU SYNDROME DE REPONSE INFLAMMATOIRE SYSTEMIQUE AUX URGENCES**

Kamkoum W, Majed K, Maghraoui H, Hamouda Ch, Borsali Falfoul N.

*Service des urgences CHU La Rabta, Tunis*

**Introduction :** Le syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) est un concept non spécifique qui a été longtemps corrélé à l'infection. Ses particularités aux urgences n'ont pas été bien évaluées. Le but de notre étude était d'évaluer la prévalence du SIRS chez les patients admis aux urgences pour motif médical et de dégager sa valeur pronostique en termes de mortalité.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle et descriptive incluant les patients admis à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) menée sur une période de trois mois (de juillet à septembre 2013). Nous avons recherché le SIRS à l'admission et à 48 heures. Les critères de jugement étaient la mortalité à 30 et à 90 jours.

**Résultats :** Nous avons colligé 200 patients. L'âge moyen était de 60 ans (16 à 91 ans) avec une prédominance masculine (60,5%). Le transport des patients était non médicalisé pour la majorité (94,5%). Les co-morbidités étaient dominées par l'hypertension artérielle (35%) et le diabète (32,5%). Les principaux motifs de consultation étaient la dyspnée (36%) et les douleurs thoraciques (28%). Une porte d'entrée infectieuse était objectivée chez 86 patients, dominée par l'infection respiratoire (44%) suivie par l'infection urinaire (31%). Le syndrome coronarien aigu était le diagnostic le plus fréquent (26,5%) suivi par la pneumopathie (14%) et la pyélonéphrite (13%). Quatorze patients ont eu un remplissage par 30ml/kg de cristalloïdes et 4,5% des drogues vaso-actives. La médiane de la durée de séjour à l'UHCD était de 33 heures avec un minimum d'une heure et un maximum de 213 heures. Sept patients ont été admis en réanimation et 45% ont été admis dans d'autres services médicaux principalement en unité de soins intensifs cardiologique (USIC). 38,5% ont été entièrement pris en charge à l'UHCD. La mortalité à 30 et à 90 jours était respectivement de 14 et 15%. La prévalence du SIRS à l'admission était de 50%. Le SIRS à l'admission et celui à 48 heures d'hospitalisation étaient corrélés avec le décès à 30 ( $p=0,0001$ ) et à 90 jours ( $p=0,004$ ). Une corrélation positive entre le SIRS à l'admission et les principaux éléments de gravité clinique a été notée dominée par la détresse respiratoire ( $p < 0,001$ ), suivie par l'insuffisance cardiaque gauche ( $p=0,002$ ), les signes périphériques de choc ( $p=0,003$ ) et l'insuffisance cardiaque droite ( $p=0,01$ ). La moyenne de la durée de séjour dans le groupe avec SIRS à l'admission était plus importante que dans le groupe sans SIRS (50,5 versus 36,4 heures).

**Conclusion :** Le SIRS est une entité non spécifique de l'infection. Il est observé chez la moitié des patients hospitalisés aux urgences et semble être associé avec la gravité clinique et corrélé avec la mortalité à 30 et à 90 jours.

## **P133. EVALUATION DE LA PERCEPTION DU PERSONNEL DES URGENCES SUR LA PRESENCE DE LA FAMILLE AU COURS DE LA REANIMATION DES PROCHES**

Rejeb I\*, Chakroun O, Boujelbène M, Elleuch I, Chtara K, Bouaziz M, Rejik N.

*Service des urgences et SAMU, service de réanimation, CHU Habib Bourguiba Sfax*

**Introduction :** Le débat persiste dans les unités de soins intensifs à travers le monde sur les risques et les avantages de la présence de la famille d'un patient au cours de la réanimation (FPR). Les membres de la famille rapportent fortement leur désir d'être à côté de leurs proches au cours des manœuvres de réanimation et peut être lors de leur fin de vie. Aux états-Unis et à la demande de nombreuses associations, un nombre croissant d'hôpitaux permettent aux membres de la famille d'être présents lors de la réanimation de leurs proches.

**Matériels et Méthodes :** Un questionnaire anonyme a été distribué aux membres de l'équipe médicale et paramédicale travaillant dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du service des urgences du CHU Habib Bourguiba de Sfax. Les caractéristiques sociodémographiques ont été évaluées ainsi que la perception de l'équipe soignante sur ce sujet à travers deux dimensions: l'évaluation du risque-bénéfice de la FPR (20 items) et la confiance en soi dans la capacité à mener une FPR (16 items).

**Résultats :** Soixante entre médecins (22) et infirmiers (38) ont accepté de répondre à notre questionnaire. La moyenne d'âge de nos participants a été en moyenne de  $34,8 \pm 8,4$  ans avec un sex ratio de 0,9. 80% des participants ont eu à invité les membres de la famille à une réanimation dans moins de 5 fois. L'indice  $\alpha$  de fiabilité a été respectivement de 0,85 et 0,92 pour chacune des dimensions. La moyenne du score a été de 3 pour l'évaluation du risque bénéfique et de 3,4 pour l'évaluation de la confiance. 25% des participants s'accordent que la présence de la famille au cours de la réanimation est un droit aux patients et 28,4% s'accordent que c'est un droit à la famille. Une corrélation positive a été retrouvée entre le nombre d'années d'expériences et la deuxième dimension.

**Conclusions:** La FPR peut avoir des conséquences négatives sur le déroulement des soins et afin de fournir une approche cohérente aux membres de la famille, il est important d'avoir des directives permettant de répondre aux besoins des parties prenantes dans cette situation critique.

## **P134. TRIAGE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT**

S.Bouzid, S.Youness, S.Afrit, Z. Mezgar, M.Methamem.

*Service des Urgences Farhat Hached Sousse*

**Background:** Large numbers of patients visit the emergency department. Consulting patients in the order of attending will, in a crowded emergency department (ED), lead to long waiting times for seriously ill patients. It is important to prioritise patients who are seriously ill and would be at increased risk of morbidity or even mortality due to delay in the initiation of treatment. In the emergency department (ED) "triage" refers to the method used to assess patient's severity of injury or illness within a short time after the arrival, assign priorities, and transfer each patient to the appropriate place for treatment. The aim of this study was to assess reliability and validity of current triage systems in our emergency department, according to health professionals.

**Methods:** A 15 questions poll was performed and distributed to the medical staff of Farhat Hached University Hospital ED, results were collected immediately after health professionals answered the poll.

**Results:** 9 ED residents, 7 ED interns, and 15 interns from other medical wards answered our poll. All of the interrogated professionals had an idea about the current triage system applied in our ED. 80% (n=25) of them think that the current triage system improved the work organization. 90% (n=28) of the interrogated doctors approve that triage reduced the patients waiting time and reduced delay of the treatment initiation. 61% (n=19) of interrogated health professionals affirm that triage systems reduced the number of « non-urgent » medical conditions, and 70% (n=22) of them think that the current triage scale is suitable for identification of critically ill patients.

**Comments:** The introduction of a modern triage system in our increased patient safety, improved both the organization of the work of the medical staff and their job satisfaction, and reduced the patients' waiting time as well as the total time they spent in the emergency department. Moreover, the proportion of patients who leave the emergency department without seeing a doctor because of the long waiting time is lowered significantly, thus increasing patient safety. However, patients with life threatening injuries or illnesses may not be reliably identified using the current triage scale. Further investigation is needed in order to assess reliability and validity of triage systems for assessment of the severity of incoming patients' conditions.

**Conclusion:** With the increasing ED volume and ED patient acuity in an era of diminishing resources, and the public's demand for more rapid treatment triage will be expected to perform an even more important role in the future.

## **P135. LA SATISFACTION DES PATIENTS À PROPOS DE LA PRISE EN CHARGE AUX URGENCES FARHAT HACHED SOUSSE**

S.Gammas, D.Brahim, A.Lazreg, M.Khrouf, M.Methamem.

*Service des Urgences Farhat Hached Soussse*

**Introduction :** L'Amélioration de la qualité des soins a été depuis longtemps l'enjeu majeur des structures hospitalières dans les pays développés. Les Services des Urgences n'échappent pas à ce contexte. La satisfaction des patients fait partie des résultats des actions de santé, même si elle n'est pas explicitement et systématiquement mesurée. Sa particularité essentielle est de ne pas être un phénomène quantitatif mais d'appartenir au domaine du «comportement» y compris dans sa dimension affective.

**Matériel et Méthode :** C'est une étude prospective réalisée au service des Urgences CHU Farhat Hached, s'étalant sur une période de 07 jours allant du 24 au 30 mars 2014. Nous avons choisi 50 patients au hasard que nous avons interrogés à propos de différents items : L'accueil, Les droits et les informations, Les soins, Le départ

**Résultats :** L'âge moyen de notre population était 50,11 ans, le sexe ratio était 0,55. 90% de nos patients ont consulté pour une pathologie médicale. 80% de nos patients étaient satisfaits au bureau d'entrées. 90% des patients étaient satisfaits dans les unités d'hospitalisation. Le délai d'attente a été jugé comme court pour 76% des patients. 88% de nos malades ont exprimé leur consentement lors des actes de soin. 36% des patients étaient informés sur leur état de santé. Tous les malades ont exprimé leur satisfaction à propos du respect de la dignité et de la confidentialité sur la santé. La disponibilité du personnel médical et paramédical a été approuvée chez 78% des patients. 70% des malades étaient satisfaits des soins et de la surveillance par le personnel médical et paramédical. 90% des patients ont été informés sur les conditions de sortie et 74% des patients ont été informés sur le traitement et les soins à poursuivre à la sortie des urgences.

**Conclusion :** L'évaluation de la satisfaction des patients aux urgences représente un enjeu considérable pour les établissements ainsi que pour notre service des urgences puisqu'elle est le reflet de la qualité des soins offerts. L'analyse plus objective des causes des satisfactions et insatisfactions doit permettre de guider les professionnels qui conduisent des actions d'amélioration de la qualité des soins et des services au sein des établissements de santé.

## **P136. DEUX SITUATIONS CLINIQUES RARES ENTRAINANT DEUX ERREURS DIAGNOSTIQUES CHEZ UNE MEME PATIENTE**

Elacheche Walid\*; Nakhli Mohammed Said; Mhamdi Salah; Chebbi Nidhal; Chelly Mohammed; Najja Walid; Said Rachid.

*Service d'anesthésie et réanimation chirurgicale, CHU Sahloul, Soussse, Tunisie*

**Introduction :** Les erreurs médicales de diagnostic sont fréquentes surtout s'il s'agit d'un tableau clinique atypique. On rapporte le cas d'une patiente âgée de 70 ans, présentant une dyspnée avec toux chronique évoluant depuis 6 ans prise pour un asthme et une HTA considérée essentielle. Les deux diagnostics ont été redressés ultérieurement.

**Cas clinique :** Il s'agit d'une patiente âgée de 70 ans, aux antécédents de diabète et d'HTA découverte à l'âge de 68 ans mise sur le compte d'une HTA essentielle. Elle a présenté depuis 6 ans une symptomatologie respiratoire faite d'une toux sèche avec dyspnée, le diagnostic retenu était un asthme, elle a été mise sous: Bécclamétasone et Forométról. L'évolution était marquée, une année avant son admission en réanimation, par l'aggravation progressive de la dyspnée avec installation de douleurs abdominales et des troubles du transit. L'examen physique trouve une patiente polypnéique, dyspnée stade III. L'auscultation cardio-pulmonaire a objectivé des râles sibilants aux deux champs pulmonaires avec déviation des bruits du cœur à droite. Présence d'une turgescence spontanée des veines jugulaires. La patiente ne rapporte pas la notion de traumatisme ancien. Les examens complémentaires réalisés : Bilan biologique objectivant une hypokaliémie avec alcalose métabolique. Radiographie du thorax : déviation de la silhouette cardiaque à droite avec ascension de la coupole diaphragmatique gauche et présence de clartés digestives dans l'hémi thorax gauche. TDM thoraco-abdominale : Déhiscence diaphragmatique gauche arrivant au niveau du hile pulmonaire homolatéral associée à une hernie de l'estomac, de l'angle colique gauche, du pancréas, de la rate et du rein gauche. Nodules surrenaliens gauches. Echographie cardiaque : Dextrocardie, cavités droites dilatées avec septum paradoxal, HTAP à 56 mmHg. Au terme des examens réalisés, le diagnostic a été redressé : la symptomatologie respiratoire était secondaire à une éventration diaphragmatique responsable d'une HTAP par compression des artères pulmonaires par les structures digestives, et l'HTA était secondaire à un adénome de Conn. La patiente a été proposée pour surrénalectomie gauche avec cure de la hernie diaphragmatique. Les constatations per opératoires : Ascension importante du contenu de l'hypochondre gauche dans le thorax à travers une déhiscence de la coupole gauche devenue transparente, une réduction du contenu du sac herniaire avec réfection pariétale et suurénalectomie gauche ont été pratiquées. Le monitoring continu de la PVC a objectivé une baisse de la PVC concomitante à la réduction de l'éventration diaphragmatique. L'évolution en post opératoire était favorable, une échographie cardiaque de contrôle a montré une diminution de la dilatation des cavités cardiaques avec disparition de la cinétique septale paradoxale et une diminution de la PAP qui est passée de 56 mmHg en préopératoire à 39 mmHg.



**Conclusion :** L'événement diaphragmatique est le plus souvent asymptomatique, elle peut être responsable de compression des organes intra thoraciques entraînant la symptomatologie respiratoire, indiquant le traitement chirurgical. Les HTA secondaires sont relativement rares, les HTA pouvant bénéficier d'un traitement spécifique étant encore moins fréquentes, il importe de bien connaître les circonstances cliniques et biologiques du diagnostic d'HTA secondaires.

## **P137. L'ÉVALUATION DU SCORE DE TRIAGE AUX URGENCES FARHAT HACHED POUR LES PATIENT TRIÉS AVEC UNE PRIORITÉ 1 ET 2: SCORE >5**

H.Sandid, MS.Ayachi,S.Amich,Z.Mezgar,M.Methamem.

*Service des Urgences Farhat Hached Sousse*

**Introduction :** L'évaluation de la performance d'un service d'urgence se base sur plusieurs indicateurs. Il y a notamment la qualité de triage des patients qui a pour objectif d'adapter le délai de prise en charge à la gravité du patient ceci dit que les patients triés avec une priorité 1 ou 2 devrait avoir une pathologie grave qui nécessite une pec rapide avec des gestes qui peuvent être invasive , et une hospitalisation éventuelle ; pour notre expérience aux urgence farhat hached il ya il une concordance significative entre un score élevé au triage et l'urgence de sa pathologie ?

**Matériels et méthodes :** Nous avons mené une étude rétrospective descriptive incluant 100 patients dont 52 femmes et 48 hommes, les patients incluant sont ceux qui consultent les urgences et triés avec une priorité 1 ou 2 c est-à-dire un score >5 les patients exclus sont ceux ayant un score <5

**Résultats :** L'âge moyen des patients est de 69 ans ( dont 28 % >76 ans ) dont 43% de diabétique , 52% d'hypertendue , 28% porteurs d'une cardiopathie, 26% ont une IRC ou BPCO ,7% sont des insuffisants rénaux chroniques , 17% ayant d' autres pathologies et 10% sans ATCD . Les patients présentant une détresse vitale de puis le 1<sup>er</sup> contact médical 33% parmi eux la détresse neurologique (GCS <13) a été observée chez: 30% (10 cas), la détresse hémodynamique 9%(3cas) ; la détresse respiratoire 66% (20 cas)et ceux qui ne présentant pas de détresse vitale 66% des cas. Pour les patients dont le motif de consultation est une douleur thoracique avec un score de triage >5 (44% des patients 21hommes, 23 femmes). L'ECG était pathologique dont 25cas (56%des cas) et une troponine positive dont 7cas(15%). Pour tous les patients triés avec une priorité 1 et 2 : le bilan biologique était perturbé dont 25% des cas (Insuffisance rénale 10% ; pancréatique 1% dyskaliémie 5% ; insuffisance hépatique 2% Bilan hémostase perturbé ou anémie 7% ). La CAT thérapeutique été invasive dont 45% (IOT 2% cpap ou vni 18%, drogues 2% traitement anti ischémique 25%) , Simple (injectable ou par voie orale) dans 65% des cas. L'orientation des patients des patient été vers une hospitalisation dans 29 % des cas, une sortie après un séjour aux urgences 65% des cas, décès dans 3% des cas et 3% sortant contre avis médical

**Conclusion :** Certes le triage est un moyen qui permet d'assurer une bonne organisation et prise en charge aux urgences mais il ne constitue pas un critère sensible de gravité pour les sujets âgés, hypertendue, diabétique, et ceux qui consulte pour douleur thoracique car dans ce cas le score de triage est surestimé

## **P138. PERCEPTION DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ DES SOINS EN RÉANIMATION ET SOINS INTENSIFS**

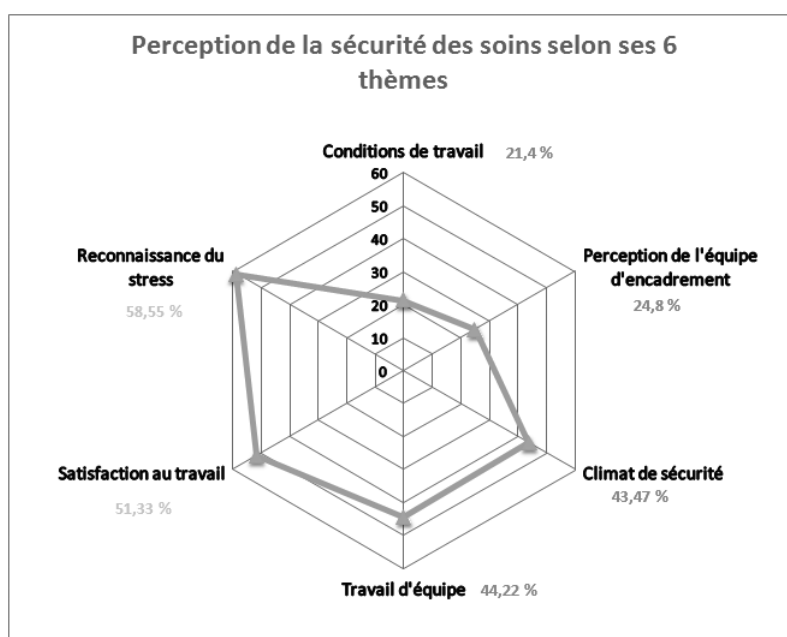
Mohamed Amine Bouriga\*, Mahdi Marzouk, Radhia Bouzguarrou, Rami Jabla, Meriem Dghim, Mohamed Boussadia, Hela Ghzeil, Fahmi Dachraoui, Sawssen Ben Abdallah, Islem Ouanes, Lamia Ouanes Besbes, Fekri Abroug.

*Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba Monastir*

**Rationnel:** La sécurité des patients (« patient safety ») dans le système de soins est devenue un champ prioritaire et très explicite de l'évaluation de la qualité des soins. En médecine intensive, discipline à très fort investissement technologique et humain, les procédures de sécurisation («safety practice») sont des procédures structurelles et/ou organisationnelles qui préviennent ou diminuent la fréquence de survenue des erreurs et des événements indésirables.Objectif :Le but de cette étude était de décrire la perception du personnel exerçant en réanimation et soins intensifs de la culture de sécurité (CS) des soins.

**Matériels et méthodes :** Entre le 30 aout 2014 et le 20 septembre 2014, la version française, dédiée à la réanimation, du questionnaire « Safety Attitude Questionnaire (SAQ)-ICU » a été distribuée aux personnels (médicaux et paramédicaux) exerçant depuis plus de 3 mois dans 5 unités de réanimation et soins intensifs du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir. Ce questionnaire est constitué de 65 items permettant d'explorer les 6 dimensions de la CS: esprit d'équipe, climat de sécurité, satisfaction au travail, reconnaissance du stress, perception de l'équipe d'encadrement et les conditions de travail. Chaque item à été coté de 0 à 100% (0% = fortement en désaccord; 25 %= en désaccord; 50% = neutre; 75% = d accord; et 100% = fortement d accord). La note maximale moyenne pour chaque item était de 100 %. Une dimension est considérée comme « développée » si le score est > 75 %, et « à améliorer » s'il est <50%.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 101 participants ont répondu au questionnaire, 44% d'eux étaient de sexe masculin et 75% âgés entre 20 et 30 ans. Les personnes interrogées étaient des résidents, des internes et des infirmiers respectivement dans 33%, 25% et 25% des cas. 42% des participants pensaient que la charge de travail était élevée dans leurs services respectifs et 2/3 d'entre eux étaient persuadés que le nombre du personnel dans leurs services était insuffisant pour gérer convenablement les patients. Plus des 2/3 ont déclaré que la charge de travail excessive, la fatigue et le stress inhérent aux problèmes personnels altéraient leur performance au travail. Un tiers (29%) ont déclaré avoir commis des erreurs qui pouvaient potentiellement nuire aux patients. 38 % des personnes interrogées ont déclaré leur méconnaissance des modalités de déclaration des erreurs médicales et seulement 42% pensaient que ces erreurs seraient traitées de manière appropriée dans leurs services. Un tiers des participants ne se sentirait pas en sécurité étant traité comme patient dans leurs services respectifs. Les 3/4 des personnes interrogées ont réclamé l'organisation de staffs d'informations sur la sécurité des patients. Selon la moitié des répondants au questionnaire, l'équipement médical dans leurs services était inadéquat pour garantir la sécurité des patients. Pour 70% des personnes questionnées, l'absence de communication affecterait négativement les soins. Près de la moitié (45%) des personnes interrogées pensait que le personnel ignorait les recommandations thérapeutiques utilisées dans leurs services. Tous les domaines explorés par le questionnaire relatifs à la culture de sécurité nécessiteraient des améliorations substantielles principalement les conditions de travail et l'encadrement (Fig 1).



**Conclusion:** Plusieurs anomalies ont été identifiées dans la perception de la sécurité des soins par le personnel de réanimation et soins intensifs principalement les conditions de travail, la méconnaissance des modalités de déclaration des erreurs médicales et l'absence de communication entre les différents membres de l'équipe sur ce sujet. Des mesures incitatives devraient permettre la mobilisation des professionnels pour dynamiser les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins des patients en réanimation et soins intensifs.

## **P139. INTÉRÊT DU TRIAGE AUX URGENCES : L'EXPÉRIENCE DU CHU F.HACHED.**

D.Brahim ,S.Gammas,A.Chenguel,H.Ben, Soltane,M.Methamem.

Service des Urgences Farhat Hached Sousse

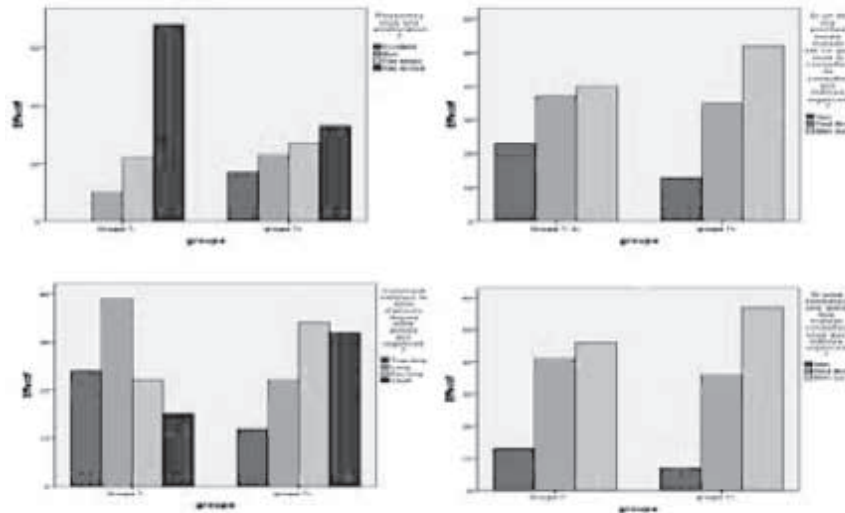
**INTRODUCTION:** Plusieurs études ont montré la performance du triage dans la diminution des délais de prise en charge des patients aux urgences. Aucune étude n'a montré son efficacité en termes de satisfaction des patients.

**BUT DE L'ETUDE:** Evaluer la satisfaction des patients sur la qualité de prise en charge après triage.

**PATIENTS ET METHODES:** Critères d'inclusions: Patients consultants les urgences pour douleur aiguë dont l'âge est supérieur à 15 ans. Critères de non inclusion : Patient non algique, inconscient ou présentant des troubles sévères de la vigilance ou du langage. Protocole: les patients inclus sont invités à répondre à un questionnaire préétabli en langue arabe portant sur leur appréciation de la qualité des prestations fournies aux urgences.

**RESULTATS :**

200 patients sont inclus. 100 dans le groupe sans triage et 100 dans le groupe avec triage.



Après le triage Les patients jugent que les délais d'attente sont réduits indépendamment de la conduite médicale. Les patients triés conseillent de consulter les mêmes urgences pour leurs proches .

**Conclusion:** Le tri des patients aux urgences offre une meilleure satisfaction des patients permettant d'améliorer la relation entre médecin et patient.

## P140. L'IMPACT DE L'AGE SUPERIEUR A 80 ANS SUR LA MORBI-MORTALITE ET LA CHARGE DU TRAVAIL EN REANIMATION

Jaoued O\*, Ben sik ali H, Mateur H, Tilouche N, Gharbi R, Fekih Hassen M, Elatrous S.

Service de réanimation médicale. Hôpital Taher Sfar Mahdia,

**Introduction :** Le vieillissement de la population est à l'origine d'une augmentation de l'hospitalisation des patients âgés. Le pronostic de ces patients reste à étudier. Objectif : Déterminer l'impact de l'hospitalisation des patients âgés de plus de 80 ans sur la morbidité, la mortalité et la charge du travail.

**Matériels et méthodes :** C'est une étude rétrospective à recueil prospectif, réalisée dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia sur une période de 13 ans (à partir de 2001). Tous les patients hospitalisés en réanimation étaient inclus dans cette étude. Deux groupes de patients sont individualisés : groupe 1 : G1 : patients âgés de plus de 80 ans et groupe 2 : G2 : patients âgés de moins de 80 ans. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques, le score de gravité (SAPSII), le motif d'hospitalisation, la charge de travail selon le score oméga ( $\Omega$ ), l'incidence des infections nosocomiales, la durée de la ventilation mécanique, la durée de séjours et la mortalité.

**Résultats :** Durant la période de l'étude 4125 patients (3708 dans le G2 et 417 dans G1), d'âge moyen  $56 \pm 21$  ans, à prédominance masculine (56% des cas) et avec un SAPSII moyen de  $33 \pm 20$  étaient inclus. Vingt quatre pourcent des patients âgés de plus de 80 ans étaient hospitalisés avant 2006. Le motif d'hospitalisation le plus fréquent était l'insuffisance respiratoire aigue (48% des cas). L'incidence des infections nosocomiales étaient similaires dans les deux groupes (14% dans le groupe G1 et 12% dans le groupe G2 ( $p=0,423$ )). La durée de ventilation mécanique, la durée de séjour et le score oméga  $\Omega$  étaient similaires entre les deux groupes. La mortalité était significativement plus élevée dans G1 (34% vs 21%,  $p < 10^{-3}$ ). En analyse multivariée, l'âge supérieur à 80 ans était un facteur indépendamment associé à une surmortalité (OR=1,921 ; IC95%(1,545-2388),  $p < 10^{-3}$ )

**Conclusion :** Il semble que la morbidité et la charge de travail ne sont pas affectées par l'âge du patient, cependant l'âge supérieur à 80 ans est un facteur prédictif de mortalité

## P141. EVALUATION OF BURNOUT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT STAFF

S.Gammas, D.Brahim, L.Zeglawi, H.Ben Soltane, M.Methamem.

Service des Urgences Farhat Hached Sousse

**INTRODUCTION:** Burnout has been defined as a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and one reduced personal accomplishment. The syndrome have been linked to high levels of absenteeism from work among professionals group.

**METHODS:** We studied on 32 health staff working at our ED. We investigated on health workers with burnout symptoms by the protocol was self-reported (using a poll). Also we used, Maslach Burnout Inventory in order to obtain as valid data as possible to assess the level of burnout.

**RESULT:** 9 ED residents, 6 interns and 17 health workers at the nursing staff were investigated. 70.8% of the nursing staff showed high level of burnout on emotional exhaustion subscale, 59% on depersonalization subscale and 17.6% on personal accomplishment. Three (17.6%) have been determined to be under serious stress based on the investigation in our emergency service. 60% of the medical staff showed high level of burnout on emotional exhaustion subscale, 45.2% on depersonalization subscale and 9.3% on personal accomplishment.

**COMMENTS:** Emergency services are the busiest and the most stressful units of hospitals. The staff of these units might be under the impact of Burnout syndrome because of serious personal stress and emotional problems arising both from lack of physical facilities and problems inherent to the unit per se. Due to insufficient physical conditions and specific emotional problems of the emergency services, health persons may be exposed to Burnout Syndrome caused by serious stress and emotional problems. The emergency service personnel are under sustained stress owing to the crowded working environment, severity of the cases treated, and rotational working programs. In addition to these stressful conditions in working places, disturbed social, familial and friendly relationships are the leading predisposing factors of this multifactorial entity. Caring for extremely large numbers of patients, death of patients, disturbances in sleep pattern, long working hours are demonstrated to be major stressors. In addition, handling patients presenting with confounding and challenging diagnoses and treatments, problems in professional relations, inadequate supply of hospital resources, messing up with patient's companions, unsafe working environment, difficult and critical judgments play important roles in development of burnout syndrome.

**CONCLUSION:** The emergency service is a stressful, challenging, and busy working environment due to various factors. Corrective measures aimed to improve working conditions and to reduce personnel stress will also increase the quality of the patient's health care. As a result, health care personnel suspected of burnout syndrome must be recognized and treated to prevent any adverse impact on patient care.

## THEME TOXICOLOGIE

### **P142. ADOLESCENTS AUX URGENCES TOXICOLOGIQUES**

Fathallah.I\*, Kouraichi.N, Bousselmi.W, Jaoua.N, Oueslati.M, Manaii.A, Mhamdi.A, Thabet.H.

*Services des urgences, services de réanimation du CAMU Centre d'assistance médicale urgente*

**Introduction :** L'adolescence est une période du développement assurant la transition entre l'enfance et l'âge adulte. Elle est caractérisée par une fragilité psychologique et des difficultés socio-affectives. Les tentatives de suicides chez les adolescents constituent un important problème de santé publique.

**Matériels et méthodes :** Etude rétrospective menée sur une période de 9 mois au service des urgences du CAMU. Nous avons colligé tous les consultants âgés de 12 à 17 ans et nous avons procédé à une étude du profil épidémiologique, clinique et thérapeutique.

**Résultat :** 216 adolescents ont consulté nos urgences pendant la période de l'étude. Une nette prédominance féminine a été notée (82%). La médiane d'âge était de 16 ans [15, 17]. 10% de ces jeunes (n=22) avaient des troubles psychiatriques et huit patients avaient des antécédents de tentatives de suicides. Deux patients étaient toxicomanes. Le motif principal de consultation était une intoxication: volontaire chez 162 patients (75%) et accidentelle chez 22 patients (10%) [Soumission chimique (n=6), intoxication au CO (n=8) et ingestion accidentelle d'eau de javel (n=8). Il s'agissait d'une intoxication médicamenteuse dans la majorité des cas (61%) et une ingestion d'un produit ménager chez 19 patients. Le délai médian de consultation pour les intoxications était de trois heures [2,7].

La symptomatologie clinique à l'arrivée était marquée par les manifestations neurologiques à type d'altération de l'état de conscience (n=18) et un syndrome extrapyramidal (n=8). La présence d'une détresse respiratoire a été notée dans 1,4% des cas (n=3).

Le recours à l'intubation était nécessaire chez neuf patients. La décontamination digestive était pratiquée chez seulement quatre patients. Le traitement antidotique était administré dans 14% des cas (n=30). 18% de nos patients ont été hospitalisés au service de réanimation du CAMU. 15 seulement ont été transférés vers une autre urgence spécialisée.

**Conclusion :** Les intoxications médicamenteuses volontaires chez les adolescents représente le motif de consultation le plus fréquent dans notre série. Le traitement repose sur la prise en charge psychologique et psychiatrique dont le but est de gérer les troubles socio-affectifs et d'éviter les récives.

### **P143. ETUDE ÉPIDÉMIO CLINIQUE ET PRONOSTIQUE DES INTOXICATIONS AIGUES AU SERVICE DES URGENCES DE FARHAT HACHED DE SOUSSE**

S.Youness,S.Bouزيد,Y.Bel Haj,M.Khrouf,M.Methamem.

*Service des Urgences Farhat Hached Soussse*

**Introduction :** les intoxications aiguës constituent un motif fréquent d'admissions aux urgences et au service de réanimation. Elles représentent un véritable problème de la santé publique, du fait qu'elles touchent souvent une population jeune. But du travail : Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques, la prise en charge, les facteurs pronostiques et la morbi-mortalité liés aux intoxications aiguës.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur 6 mois, du 01 Octobre 2013 au 31 Mars 2014 et incluant les intoxications aiguës admises au service des urgences de Farhat Hached de Soussse. Ces intoxications étaient diagnostiquées sur les données de l'anamnèse, de l'examen clinique et de la biologie.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 33 patients ont été admis pour intoxication aiguë. L'âge moyen était de 27,78 ans avec une prédominance féminine de 75,75 % et un sex-ratio H/F = 0,32. Les intoxications étaient dans un but suicidaire dans près de 76 % des cas. Les toxiques les plus incriminés étaient: les médicaments dans 42.22% des cas, l'alphachloralose dans 24.24%, le monoxyde de carbone et l'ingestion de produits caustiques dans 24.24% des cas et un mélange d'herbe dans 3% des cas. Le tableau clinique des patients était dominé par les troubles de conscience dans 72.72% des cas, des signes digestifs (vomissements et douleurs abdominales) dans 27,72% des cas des signes cardio-vasculaire (tachycardie et hypotension) dans 33,33% des cas. Les troubles électriques ont été retrouvés dans 6% des cas. L'augmentation de la troponine était observée dans 3% des cas. Des hypoglycémies dans 9%. La prise en charge de nos malades était assez rapide, le premier contact médical était près de 7 min, symptomatique dans la majorité des cas: 36% ont été intubés et ventilés. Le lavage gastrique a été réalisé chez 27.3 % des patients. L'utilisation de charbon activé dans 39.3% ; d'un antidote (N acétyl cysteine) dans 6% des cas, l'oxygénothérapie hyper-bare dans 9% des cas. Le taux de mortalité était de 3% (01 patient), dont le CO y est responsable ; le nombre d'hospitalisation en Réa médicale est de 15% (dont l'intoxication au chloralose est la plus incriminée) et une seule hospitalisation en unité de soin intensif de cardiologie. Les facteurs pronostiques en termes de mortalité étaient : l'intoxication au CO et la chloralose, les signes cardio-vasculaires, les troubles électrocardiographiques, l'instabilité hémodynamique, la défaillance respiratoire, les troubles de la conscience et l'intubation ventilation artificielle.

**Conclusion :** Cette étude épidémiologique permet de mettre en évidence la fréquence et la gravité des intoxications aiguës. La sensibilisation de la population, et la réglementation de la vente des produits incriminés, restent, seuls garant d'une meilleure prévention de ce problème grave et coûteux.

## **P144. REGISTRE DES INTOXICATIONS AIGUES EN REANIMATION.**

Ben Ghezala H., Chaouachi R., Snouda S., Kaddour M., Ben Taher K.

*Service universitaire des urgences et de soins intensifs. Hôpital Zaghouan, Tunisie.*

**Introduction :** Les intoxications aiguës représentent un véritable problème de santé publique en Tunisie et touchent en général une population jeune active. A Zaghouan, les intoxications aiguës constituent un motif fréquent d'admission au service de réanimation depuis sa création en Janvier 2011. Cette étude a pour objectif de dresser un profil épidémiologique de ces intoxications.

**Patients et Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique menée sur une période de deux ans depuis janvier 2011 jusqu'à Décembre 2013 au service des urgences et de réanimation au sein de l'hôpital régional de Zaghouan. On a inclut dans notre étude tous les patients adultes hospitalisés en réanimation pour intoxication aiguë volontaire ou accidentelle. L'étude statistique était descriptive.

**Résultats :** 125 patients ont été inclus dans ce travail. L'âge moyen des patients était de 30 + 4 ans. Il y avait une nette prédominance féminine chez les patients intoxiqués avec 75,2% des patients de sexe féminin (n=94). Le mode d'arrivée aux urgences était dans 96% des cas non médicalisé. Le délai de consultation n'a été précisé que dans 50 dossiers ; le délai de consultation moyen était de 2+ 3 heures. On a eu 81 cas d'intoxications volontaires et 44 cas d'intoxications accidentelles.

Concernant le diagnostic étiologique, on trouve les intoxications au monoxyde de carbone (CO) en première place avec 40 cas suivis des intoxications médicamenteuses avec 38 cas puis viennent les organophosphorés avec 24 cas. 16 intoxications poly médicamenteuses ont été notées. La dose ingérée n'a été précisée que dans 33 dossiers. Sur le plan clinique, 68% des patients n'avaient aucune détresse vitale à l'admission. Tous les patients ont été admis pour surveillance de 24 heures. L'évolution a été favorable chez 92% patients. 6,4% des patients (n=8) ont été transférés au centre de référence de Tunis. Parmi les intoxications volontaires, 75 patients (92,6%) ont bénéficié d'une consultation de psychiatrie.

**Conclusion :** Il s'agit de la première étude épidémiologique s'intéressant aux intoxications aiguës à Zaghouan. Les caractéristiques de ce problème sont comparables aux données de la littérature. Il est impératif d'élaborer à partir de cette étude des stratégies afin d'améliorer dans la région la prise en charge des intoxications aiguës depuis la prévention jusqu'à la prise en charge psychiatrique.

## **P145. ETUDE COMPARATIVE DU COMA TOXIQUE VERSUS NON TOXIQUE**

Ammar Y, Ben Salah C\*, Ben Hadj Ali M, Ridene N, Skouri I, Daoud M, Khelil A.

*Service des Urgences-SMUR Hôpital M.T. Maamouri Nabeul*

**Introduction :** Les patients comateux admis à la salle d'accueil des urgences vitales posent certaines difficultés diagnostiques. Peu d'études se sont intéressées à leurs caractéristiques. Le but de notre travail est d'étudier la fréquence, les caractéristiques, et le pronostic du coma toxique et non toxique.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur 121 patients consultant nos urgences de l'HMTM de Nabeul durant l'année 2012 pour un coma non traumatique d'emblé ou une dégradation progressive de l'état de conscience dans les six heures qui suivent l'admission. Notre population est divisée en deux groupes : Groupe I (GI) : coma toxique (N=34), Groupe II (GII) : coma non toxique (N=87). Les données ont été analysées au moyen du logiciel SPSS version 18.

**Résultats :** L'âge moyen est de 29,61±18,5 ans dans le GI et 73,9±15 ans dans le GII, avec prédominance féminine (SR=2,1) dans le GI et masculine (SR=2,8) dans le GII. Le coma toxique représente 0,05%. Le coma non toxique est observé chez 0,12% de nos patients. Les antécédents psychiatriques sont plus fréquemment retrouvés dans le GI (23,5% vs 2,3%). Les pathologies cardiaques (56,3% vs 6%) et endocriniennes (40,2% vs 11,8%) sont les antécédents les plus souvent rencontrés dans le GII. Le tableau clinique est grave d'emblé dans le GII (IGSA>8 : 42,5% vs 8,8%). Dans le GII, les étiologies étaient dominées par les causes neurologiques (54%) et métaboliques (46%). L'AVC était la principale cause neurologique retrouvé dans 78,7%, suivi par la décompensation de diabète (45%). La mortalité est plus importante dans le GII (29,9% vs 5,9%).

**Conclusion :** Les comas toxiques touchent essentiellement le sujet jeune, le plus souvent de bon pronostic. Les comas non toxiques sont le plus souvent dominés par la pathologie neurologique. Le tableau clinique est grave d'emblé et le pronostic est sombre.

## P146. RHABDOMYOLYSE AIGUE LORS D'UNE INTOXICATION AU BUTANE : A PROPOS D'UN CAS

Mehrez K\*, Guerbouj Y, Ridene N, Skouri I, Ben Dahmene F(++), Kalai Y, Rbia E, Daoud M, Khelil A.

Service des Urgences-SMUR, (++) : Service de médecine interne Hôpital M.T. Maamouri Nabeul

**Introduction :** La rhabdomyolyse se définit comme une lyse des fibres musculaires striées squelettiques entraînant une libération importante des enzymes musculaires et de la myoglobine dans la circulation générale. La gravité du tableau clinique est liée essentiellement au risque d'hyperkaliémie et d'insuffisance rénale. Les circonstances de survenu de ce syndrome sont très variables. Nous rapportons un cas de rhabdomyolyse aigue faisant suite à une intoxication accidentelle par le gaz Butane.

**Observation :** Patiente âgée de 26 ans, sans antécédents pathologiques notables, était retrouvée par ces voisins dans une pièce de son appartement couchée en décubitus latérale gauche et inconsciente pendant plus que 12 heures, avec présence d'une fuite continue de gaz provenant d'une bouteille à gaz Butane de 45 Kg qui était dans la cuisine alimentant le chauffe bain. Son accompagnant était retrouvé décédé dans la salle de bain. La patiente était transportée à nos urgences par la protection civile. L'examen à l'admission trouve une patiente confuse et obnubilée avec présence des céphalées. L'état hémodynamique était stable. Des myalgies diffuses spontanées et provoquées par la palpation étaient retrouvées ainsi qu'un œdème et une tension musculaire au niveau de l'hémi-corps gauche, avec un déficit moteur complet sur le territoire du nerf sciatique. Le sondage vésical avait ramené des urines foncés. Le bilan biologique avait conclu à une rhabdomyolyse sévère. Le dosage de la carboxyhémoglobine était négatif. La patiente était mise sous oxygénothérapie par sonde nasale avec réhydratation par du sérum salé à 0,9% et alcalinisation par du sérum bicarbonaté à 1,4%. Une vitaminothérapie était mise en route. L'évolution était favorable aussi bien sur le plan clinique (disparition des céphalées et diminution des myalgies à J7 de l'hospitalisation) que biologique (normalisation de la fonction rénale à J5 et des enzymes à J15). Un électromyogramme réalisé a montré une radiculoneuropathie sensitivomotrice axonale des deux membres inférieurs.

**Conclusion :** La survenue de rhabdomyolyse au cours d'une intoxication au butane doit être détectée précocement et traitée pour éviter les complications. La fréquence de survenue de cette complication est méconnue et certainement sous estimée. Le dosage de CPK doit être systématique devant toute intoxication au butane

## P147. HYPERGLYCEMIE ET INTOXICATION GRAVE EN REANIMATION

Ghadhoune H, Guissouma J, Fatnassi M, Souissi S, Samet M, Brahmi H, Ben Dhifallah Y, Ben AYED S, El Ghord H.

service de réanimation médicale, Hôpital universitaire de Bizerte.

L'intoxication grave constitue un motif fréquent d'admission en réanimation. La mortalité globale des intoxications est largement inférieure à 1% mais peut dépasser 10% avec certains toxiques. L'évaluation de sa gravité reste difficile malgré les essais de mettre en place des scores de gravité spécifiques à cette entité. La recherche de facteurs pronostiques ou des signes annonciateurs de gravité avec une valeur prédictive bien démontrée serait d'un grand apport dans la prise en charge initiale de cette pathologie. L'hyperglycémie a été bien démontrée comme facteur de mauvais pronostic dans certaine pathologie en milieu de réanimation. Mais sa relation avec la gravité du pronostic des intoxications grave reste à élucider. Le but de ce travail est d'étudier l'hyperglycémie (> 2g/l) comme facteur de mauvais pronostic chez les patients hospitalisés pour intoxication grave en milieu de réanimation.

Il s'agit d'une étude rétrospective faite dans une unité de réanimation médicale entre janvier 2009 et décembre 2012, incluant tous les patients admis pour intoxication grave. Cent cinquante sept cas d'intoxication nécessitant l'hospitalisation en réanimation ont été colligés dont 147 ont été retenus. 7 patients ont été exclus de l'étude pour une intoxication aux antidiabétiques et 3 autres devant le manque de données. Les patients ont été répartis en deux groupes (avec ou sans hyperglycémie).

<2g/l		Glycémie à l'admission		Glycémie au cours des 24H		p
		>2g/l	<2g/l	>2g/l	<2g/l	
	%(n)	%(n)/M ET	%(n)	%(n)	%(n)	
Gly>2gAdmission	7,5(11)					
Gly>2g1ères 24H	4,1(6)					
Age	26+/-11	26+/-10	30+/-14	26+/-10	42+/-18	NS
M/F	51/96	49/87	2/9	49/92	2/4	NS
Antécédents Psychiatriques	35(51)	35(45)	36(4)	34,7(49)	83(5)	NS
ATCDS de TS	7(10)	7,4(11)	-	7(10)	-	NS
GCS<8	35,4(52)	35,4(48)	36,4(4)	35(49)	50(3)	NS
Hypotension	8,8(13)	8(11)	18(2)	9(13)	-	NS
Catécholamine	2,7(4)	3(4)	-	2(3)	-	NS
Saturation<95%	9,5(14)	8,8(12)	18(2)	10(14)	-	NS
Acidose métabolique	3,4(5)	3,7(5)	-	3,5(5)	-	NS
IGSII	20,2+/-13	20+/-13	23,6+/-11	19,9+/-13	29+/-13	NS
Apache2	7,6+/-6,4	7,4+/-6,5	9,4+/-5,4	7,4+/-6,4	11,6+/-6,6	NS
Durée VM	1,34+/-3,8	1,35+/-3,9	1,18+/-1,4	1,35+/-3,9	1,1+/-0,99	NS
Séjour en Réa(l)	3+/-4	3+/-4	2,4+/-1,5	3+/-4	2,7+/-1,5	NS
Décès	2,7(4)	2,2(3)	9(1)	2,8(4)	-	NS

**Conclusion :** Certes pour l'intoxication aiguë, l'utilisation des scores de gravité de la réanimation n'est pas l'idéal mais, selon cette série qui reste modeste du point de vue de sa puissance, ni l'hyperglycémie à l'admission, ni celle constatée au cours des premières 24 heures n'est utilisable pour prédire la gravité des patients intoxiqués.

## **P148. L'INTOXICATION AIGUE A L'INSULINE : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET PRONOSTIQUE**

Sedghiani.I, Fathallah.I\*, Blel.Y, Mrad.A, Brahmi.N, Kouraichi.N, Amamou.M.

*Service de réanimation (CAMU) centre d'assistance médicale urgente*

**Introduction :** L'intoxication à l'insuline est peu étudiée. Le tableau clinique est très polymorphe allant des simples signes d'hypoglycémie au coma. Les séquelles neurologiques font toute la gravité de cette intoxication

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective sur cinq ans (2008- 2012) incluant tous les patients hospitalisés pour intoxication à l'insuline au service de réanimation du Centre d'assistance médicale urgente et de réanimation de Tunis.

**Résultats :** Nous avons colligé 23 patients avec une prédominance féminine (19 F/4 H). L'âge moyen était de 28 ans. Sept de nos patients étaient diabétiques (30%). Le délai moyen de consultation était de 6 heures. L'intoxication était pure dans 82% des cas (n=19) et associée à un autre produit dans 4 cas [Ester organophosphoré (n=4), cardiotrope (n=1) et un psychotrope (n=2)]. L'insuline injectée était : l'insuline ordinaire dans 26% des cas (n=6), l'insuline retard dans 56% des cas (n=13) et l'association des formes 18% des cas (n=4). Les signes de l'hypoglycémie (sueurs froides, tremblements, céphalées) étaient présents à l'admission chez 7 patients. Pour les manifestations neurologiques on a noté : coma (n= 6) et une agitation (n=7). Tous nos patients ont présenté une hypoglycémie, avec des glycémies capillaires entre 0,13 et 0,4 g/L. L'apport moyen supplémentaire en hydrates de carbone par voie parentérale était de 400 grammes avec des extrêmes allant de 75 à 1200 grammes. La durée d'hospitalisation moyenne était de 3 jours avec des extrêmes allant de un à 27 jours. L'évolution était favorable dans tous les cas. Une seule patiente a gardé une hémiparésie séquellaire d'un AVC ischémique.

**Conclusion:** L'intoxication à l'insuline est grave avec un risque de séquelles neurologiques. La prise en charge repose sur un apport adéquat d'hydrate de carbone et une surveillance rapprochée de la glycémie.

## **P149. L'INTOXICATION VOLONTAIRE A L'ACENOCOUMAROL: ETUDE DE 36 CAS**

D. Lakhdar\*, I. Fathallah; A. Benabderrahim; H. Maamouri; Y. Blel; A. Mrad; H. Thabet N. Kouraichi; N. Brahmi; M. Amamou.

*Réanimation Médicale. Centre d'assistance médicale urgente. Tunis.*

**Introduction :** L'acénocoumarol est un anti vitamine K largement prescrit. La prise en charge du surdosage est bien codifiée. Dans le cas de l'intoxication volontaire on ne trouve pas des recommandations claires sur les modalités de prise en charge. Le but de notre travail était d'étudier l'incidence des complications, du risque hémorragique au cours d'intoxication à l'acénocoumarol, et proposer de nouvelles recommandations à fin de standardiser la prise en charge.

**Patients et méthodes :** étude rétrospective réalisée sur une période de 3 ans et 9 mois (Janvier 2011 à Septembre 2014). Nous avons inclus tous les patients hospitalisés pour une intoxication volontaire à l'acénocoumarol. On a exclu de l'étude les cas de surdosage et d'erreurs thérapeutiques.

**Résultats :** Trente-six patients, avec un âge moyen de 30±9 ans ont été recensés. Le sexe ratio était de 1,25. La médiane des scores de gravité à l'admission IGSII et APACHEII étaient respectivement de 6 et 1,5. Les valvulopathies et les maladies thromboemboliques étaient les principaux antécédents relevés respectivement dans 30% (n=11) et 13% (n=5) des cas. Dix-sept patients (47%) étaient des détenus en prison. Le délai médian de consultation était de 3 [2 ; 5] heures. L'intoxication était pure dans 56% des cas (n=20). La dose supposée ingérée moyenne était de 54 ±40 milligrammes. Le tableau clinique présenté par nos patients était dominé par les manifestations digestives (épigastralgies (n=10) et vomissements (n=2)). Sur le plan biologique le taux moyen de prothrombine initial, à 24 et à 48 heures étaient respectivement 61±23%, 47±22% et 61±20%. Les moyennes de l'International Normalised Ratio aux urgences, à 24 et à 48 heures étaient respectivement 1,8 ±0,9, 2,6 ± 1,6 et 1,7 ± 0,7. L'intoxication s'est compliquée de syndrome hémorragique minime dans 11% des cas (n=4). Il n'y avait aucun cas d'hémorragie grave. Le charbon activé a été administré chez 4 patients (11%). La vitamine K injectable était prescrite à la dose de 22,4 ± 12 milligrammes chez 50% des patients (n=18). L'évolution était favorable avec une durée d'hospitalisation médiane de 2 [1 ; 3] jours.

**Discussion :** Les patients admis pour intoxication à l'acénocoumarol dans notre série n'ont pas présenté de complications hémorragiques graves. On a noté une baisse précoce du taux de prothrombine après 24 heures de l'ingestion, témoignant d'une toxicocinétique différente comparativement à une prise thérapeutique la baisse du Taux de prothrombine est notée en moyenne à 72 heures. L'administration de vitamine K seule a permis de corriger les troubles de l'hémostase et le recours aux facteurs de coagulation ou plasma n'a jamais été nécessaire. Le



dosage sérique de la molécule n'a pas pu être effectué, de ce fait on n'a pas pu confirmer précocement (avant 24 heures) la prise du traitement surtout chez les patients qui simulaient une tentative de suicide.

**Conclusion :** La pratique d'un bilan d'hémostase (taux de prothrombine et International Normalised Ratio) à 24 heures permet de dépister les patients qui risquent de développer une complication hémorragique et la prescription précoce de vitamine K.

## P150. CANNABIS ET ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

M S Ayachi, HSandid, A Lazeg, H.Ben Soltane, M.Methamem.

*Service des Urgences Farhat Hached Sousse*

**Introduction :** Le cannabis est la substance psycho active illégale la plus consommée dans le monde. Sa consommation comme facteur de risque d'accident vasculaire cérébral (AVC), en particulier chez les sujets jeunes, n'a été évoqué que récemment. Nous présentons un cas clinique d'AVC après consommation du cannabis

**Observation :** Il s'agit d'une patiente âgée de 24 ans, Belge, consommatrice de cannabis, depuis 04 ans, elle a consulté nos urgences pour agitation évoluant dans un contexte d'apyrexie.

**A l'examen :** patiente agitée, reflexes ostéo-tendineux sont vifs du coté droit, présence d'un déficit moteur du coté droit, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Bilan métabolique sans anomalie. ECG : rythme régulier sinusal sans trouble de la repolarisation ni de la conduction. TDM cérébrale : AVC ischémique sylvien superficiel gauche.

**Conclusion :** Si d'autres cas ont été rapporté dans la littérature, suggérant des liens entre consommation de cannabis et la survenue d'AVC, seules les études longitudinales pourraient confirmer une relation étiologique entre la consommation de cannabis et la survenue d'AVC.

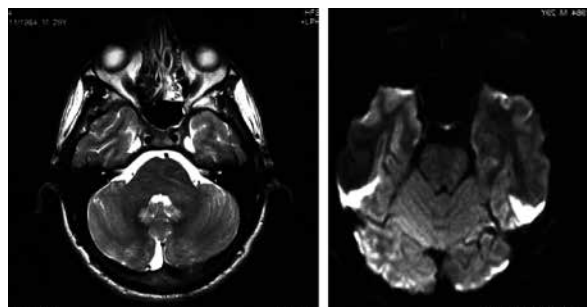
## P151. INTOXICATION PAR LE BROMURE DE METHYLE : A PROPOS DE DEUX CAS

H.Mâamouri\*, I.Fethallah, Y. Blel, A. Mrad, D.Lakhdhar, A.Abderrahmen, N. Kouraichi, N.Brahmi, M. Amamou

*Service de réanimation médicale. CAMU*

**Introduction:** Le bromure de méthyle (BM) ou bromométhane est un gaz incolore, peu odorant, plus dense que l'air, liposoluble et très toxique, utilisé autrefois comme extincteur d'incendie ou agent réfrigérant. Ses propriétés dans le traitement des végétaux, des locaux, des sols agricoles par fumigation et son bas prix de vente lui confèrent une indication pour la conservation des céréales ou des dattes. Sa toxicité bien que rare, est redoutable sur le système nerveux central et périphérique. Nous rapportons deux cas d'intoxications accidentelles professionnelles par inhalation de bromure.

**OBSERVATION 1:** Un homme de 29 ans aux antécédents personnels de RAA sous extencilline, consulte pour troubles de la marche, vertiges et baisse de l'acuité visuelle survenant 4 jours après l'exposition accidentelle à l'inhalation de bromure. A l'examen on note un état de conscience conservé, pupilles en mydriase, ROT présents et symétriques, une dysarthrie, une augmentation du polygone de sustentation, un syndrome cérébelleux statique et cinétique, un état hémodynamique stable. Fonction rénale et hépatique normales. IRM cérébrale: encéphalopathie toxique.



EEG et EMG normales. PEV (potentiel évoqué visuel) normal (discret allongement de l'onde P100). Dosage du bromure dans les urines à 12,8 mg/l (VN<10 mg/l) le 24/11/13. L'évolution est favorable sous vitamine E.

**OBSERVATION 2 :** Patient B.R âgé de 24 ans sans antécédents particuliers admis pour une intoxication professionnelle au méthyle de Bromure. L'évolution a été marquée par la survenue à J3 d'une somnolence, dysarthrie, diplopie, baisse de l'acuité visuelle et trouble de la marche avec un syndrome cérébelleux statique et cinétique. L'état hémodynamique et respiratoire étaient stables. Fonction rénale et hépatique sans anomalies. IRM cérébrale:

encéphalopathie toxique. EMG: normale -PEV: allongement des ondes P 100 bilatérales. Dosage du bromure fait à J3 de l'intoxication à 12 mg/l. L'évolution était favorable sous vitamine E.

**DISCUSSION:** L'exposition au bromure se fait essentiellement par inhalation de toxique. La présence d'un intervalle libre entre l'exposition et l'apparition des signes cliniques risque de faire méconnaître l'étiologie professionnelle, raison pour laquelle un dosage précoce de bromure dans les urines chaque fois que l'exposition y est nécessaire, afin de traiter précocement et éviter l'installation des signes cliniques et des séquelles neurologiques.

**CONCLUSION:** Le BM est toxique pour le système nerveux central et périphérique. L'évolution peut se faire vers la guérison ou les séquelles définitives à savoir des troubles psychiques, crises convulsives et syndrome cérébelleux. Le mécanisme physiopathologique n'est pas encore élucidé.

## **P152. INTOXICATION VOLONTAIRE AU BACLOFENE COMPLIQUEE DE BRADYCARDIE ET D HYPOTHERMIE: A PROPOS D UNE OBSERVATION**

H.Mâamouri\*, D Lakhdhar, I. Fathallah, Y. Blel, A. Mrad, A. Abderrahmen, S. Souissi, N. Kouraichi, N. Brahmi, M. Amamou.

*Service de réanimation médicale. Centre d'Assistance Médicale Urgente CAMU Tunis*

**Introduction:** Le baclofène est un agoniste des récepteurs GABA B du système nerveux. Ses indications sont les contractures spastiques des affections neurologiques. Le baclofène est utilisé depuis 2008 hors AMM dans le traitement des addictions essentiellement dans le sevrage éthylique ce qui a coïncidé avec la publication du livre «dernier verre» du Dr Olivier Ameiser. Nous présentons un cas d'intoxication massive par le baclofène compliquée de bradycardie et d'hypothermie.

**Cas clinique:** Une femme H.S âgée de 28 ans tabagique à 10PA, toxicomanie au Subutex, Temesta et Equanil, porteuse d'une hépatite C en cours d'exploration a été admise pour intoxication volontaire de 900mg de Liorésal (traitement de son mari pour le sevrage alcoolique). L'examen à l'admission à H1 trouve une patiente comateuse avec un glasgow à 3, des pupilles en positions intermédiaires aréactives, une FC à 60bpm, une hypothermie à 35°C et ce malgré le réchauffement physique, des cicatrices d'automutilations au niveau de la face dorsale de l'avant bras droit et des ROT abolis, un abdomen souple et dépressible. L'EKG montre un RRS à 64bpm, PR=200m/s, QRS fins, QTc à 413 m/s. La recherche toxique des urines est revenue négative. La conduite à tenir a été d'intuber la patiente. Devant la persistance de la bradycardie à 45 bpm bien tolérée sur le plan hémodynamique sans malaise vagal sans douleur thoracique avec un BAV 1<sup>er</sup> degré la patiente a été mise sous Isuprel initialement à 0,4 mg/h avec une FC arrivant à 90 bpm. La patiente a été extubée mis à l'AA avec une SaO<sub>2</sub>(AA) à 99%. Devant la persistance de la bradycardie malgré l'arrêt de l'isuprel la patiente a été mise sous atropine à la dose de 0,5 mg avec amélioration de la fréquence cardiaque.

**Discussion:** Les intoxications aiguës par baclofène sont rares. La littérature relate quelques rares cas d'intoxications compliquées d'hypothermie associée à une bradycardie. L'hypothermie est un effet agoniste GABA expliqué par des récepteurs au niveau hypothalamique.

**Conclusion:** Le Baclofène a fait récemment l'objet d'un large traitement médiatique, depuis la parution du livre du Dr Ameisen faisant état à une autoexpérimentation de l'efficacité du baclofène dans le maintien du sevrage alcoolique. Les intoxications sont de plus en plus fréquentes, grave et parfois mortelle.

## AUTRES

**P153. DEUX ETIOLOGIES RARES DE PANCREATITE AIGUË EN REANIMATION.**

Ben Ghezala H.\*, Snouda S., Bedoui N., Kaddour M., Ben Taher K., Ben Cheikh I.

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

**Introduction:** La pancréatite aiguë est une complication rare et souvent méconnue de l'acidocétose diabétique. Elle est également rarement observée dans les suites d'un polytraumatisme. Nous rapportons dans ce travail deux observations rares : un cas de pancréatite aiguë stade D secondaire à une acidocétose diabétique et un cas de pancréatite aiguë stade E post traumatique.

**Observations :** La première observation est celle d'une patiente âgée de 48 ans, diabétique insulino dépendante depuis 16 ans, qui a été hospitalisée pour pancréatite aiguë révélée par des douleurs abdominales intenses. A l'examen, elle présentait une sensibilité épigastrique. La biologie a révélé une hyperamylasémie à dix fois la normale. Le score de Ranson était à 2. Le scanner abdominal mettait en évidence une pancréatite aiguë stade D. La biologie a révélé une hyperglycémie à 4,31 g/l, une acidose métabolique avec pH à 7,14 et HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> à 3,6 mmol/l, la glycosurie était à 2+ et l'acétonurie était à 2+. La patiente a été mise sous antalgiques avec diète absolue et correction de son diabète. L'évolution a été marquée par l'amélioration clinique au bout de quelques jours. L'enquête étiologique de la pancréatite aiguë était négative ; l'origine iatrogène a été éliminée par l'interrogatoire, le taux des triglycérides ainsi que la calcémie étaient normaux. Il n'y avait pas de lithiase biliaire à l'échographie abdominale. On a donc retenu l'acidocétose diabétique comme cause de la pancréatite aiguë. La deuxième observation est celle d'une patiente âgée de 19 ans, sans antécédents, admise en réanimation dans les suites d'un polytraumatisme suite à un accident de la voie publique avec en particulier une contusion abdominale. A J2, de la prise en charge, la patiente présente des douleurs abdominales intenses nécessitant la pratique d'un scanner abdominal qui conclut à une pancréatite aiguë stade E. L'évolution ultérieure est favorable.

**Conclusion:** Bien que rare, l'acidocétose diabétique doit être recherchée devant toute pancréatite aiguë chez un patient diabétique. La pancréatite aiguë post-traumatique, même si elle est rare, doit être évoquée devant des douleurs abdominales dans les suites d'un polytraumatisme. Elle est associée une lourde mortalité.

**P154. PANCREATITE AIGUE AVEC BILAN ENZYMATIQUE NORMAL : A PROPOS D'UN CAS**

Ben Salah C\*, Ben Hadj Ali , Skouri I, Ridéne N, Ben Dahmene F(++), Rbia E, Daoud M, Kalai Y, Khelil A.

*Service des Urgences-SMUR, (++) : Service de médecine interne Hôpital M.T.Maamouri Nabeul*

**Introduction :** La pancréatite aigue (PA) est une pathologie inflammatoire à la fois locale, régionale et générale. Il s'agit d'une affection aigue du pancréas ayant une importante mortalité (2 à 5%) et morbidité. Le diagnostic positif repose sur l'association d'au moins deux facteurs caractéristique : douleur abdominale évocatrice et/ou élévation des enzymes pancréatiques et/ou examen morphologique.

**Observation :** Patiente âgée de 69 ans, ayant des antécédents d'hypertension artérielle et d'hypothyroïdie, consulte 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), Le lendemain, elle a présenté des nausées avec fièvre. Un traitement symptomatique lui a été prescrit. Vingt quatre après, elle reconseille pour des douleurs épigastrique transfixiante avec irradiation dorsale. L'examen à l'admission trouve une fièvre à 39°, une hypotension (70/40mmhg), une tachycardie, un souffle systolique au foyer aortique, et une sensibilité épigastrique. L'électrocardiogramme a objectivé une tachycardie sinusale avec des signes de HVG. La biologie a mis en évidence un syndrome inflammatoire biologique et le dosage des enzymes pancréatiques était normal (Amylasémie à 200UI/L et Lipasémie à 100UI/L). L'ETO était sans anomalie (absence de végétations). Une tomodensitométrie a conclu à une pancréatite stade C. La patiente était hospitalisée en réanimation. L'évolution était favorable.

**Conclusion :** Le diagnostic d'une pancréatite aigue ne doit pas reposer uniquement sur le dosage enzymatique. Il faut 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.

## P155. DISCORDANCE ANATOMO-CLINIQUE : A PROPOS DE 23 CAS AUTOPSIQUES

K.Meddeb\*, R.Bouneb, J.Baroudi, J.Ayachi, M.Khalifa, A.Kheder, I.chouchène, M.Bousarsar.

*Service de réanimation médicale CHU Farhat Hached Sousse*

**Introduction :** L'autopsie quelle que soit scientifique ou judiciaire est reconnue comme moyen utile à fin d'évaluer la qualité de prise en charge diagnostique et thérapeutiques des malades, juger l'efficacité et d'éventuelles complications des traitements qui ont été administrés et corriger les erreurs diagnostiques. Objectif : Préciser le taux de discordance anatomo-clinique et l'apport de l'autopsie et l'examen anatomopathologique post-mortem dans la détermination de la cause de la mort.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, portant sur 23 cas de décès au service de Réanimation médicale Sousse ayant fait l'objet d'une autopsie complète et d'examen complémentaires post mortem toxicologiques et anatomopathologiques, colligés au service de médecine légale du CHU Farhat Hached de Sousse durant la période de 2008 à 2013.

**Résultats :** L'âge moyen des patients était de 40 ans avec des extrêmes allant de 17ans à 78 ans. Une sex-ratio de 1,3. Dans notre série 12 cas de mort naturelle, 5 cas de mort accidentelle et 6 cas de suicide. Les diagnostics pré mortem le plus évoqué était « intoxication » (7 cas), en deuxième lieu « noyade » (4cas). Pour le reste il s'agit surtout des états de choc (3cas), et « électrisation » (2cas).Le diagnostic pré mortem était indéterminé dans 2 cas. Il y avait une discordance entre le diagnostic évoqué en pré-mortem et post-mortem dans 8% des cas (2 cas). L'autopsie a permis de poser le diagnostic non identifié en pré mortem dans 8% des cas (2 cas d'arrêt cardio-respiratoire un c'était un choc anaphylactique par rupture d'un kyste hydatique du foie rompu dans le péritoine, et l'autre un 'accident vasculaire ischémique du tronc cérébral).

**Conclusion :** L'autopsie est un examen de référence pour évaluer la qualité des soins.

## P156. OCCLUSION VEINEUSE RÉTINIENNE RÉVÉLANT UN MYÉLOME MULTIPLE

Amri R\*, Ben Dahmen F, Garbouj W, Sahli H, Ammar Y(+), Ben Hadj Ali M (+), Harrane H, Azzabi S, Jazzi R (++)

*Service de médecine interne, (+) : Service des urgences, (++) : service d'hémodialyse, Hôpital Mohamed Tahar Mâamouri, Nabeul*

**Introduction :** Les occlusions veineuses rétiniennes surviennent chez des sujets sains ou ayant un profil de risque artériel et non veineux. Leur prévalence est supérieure à 1 % après 40 ans. Des associations significatives ont été observées avec l'hypertension artérielle et le glaucome. Rarement, elles ont été associées au myélome multiple. Nous rapportons une nouvelle observation où un myélome multiple a été révélé par une occlusion veineuse rétinienne bilatérale.

**Observation :** Mme H.K. Âgée de 70 ans diabétique type 2 et hypertendue bien équilibrée, hospitalisée pour baisse indolore de l'acuité visuelle en rapport avec une occlusion veineuse rétinienne bilatérale. La biologie montre une anémie normochrome mormocytaire à 7,7 g/dl, une glycémie à 7 mmol/l et une hémoglobine glycosylée à 6,5%, une VS accélérée à 137 mm à la première heure, la CRP est négative, la fonction rénale et la calcémie sont normales. L'électrophorèse des protéines objective un pic monoclonal au niveau des gammas globulines à 39,36g/l et l'immunoélectrophorèse des protides sanguine un pic monoclonal d'IgG de type kappa avec baisse des autres sous types d'immunoglobulines. La radiographie du crâne à objectifé de multiple géode à l'emporte pièce. Le diagnostic de myélome multiple stade III A est retenu après la ponction sternale qui confirme l'infiltration médullaire plasmocytaire à 12 % avec des plasmocytes dystrophiques. Les autres étiologies d'occlusion veineuse rétinienne ont été éliminées. La patiente est traitée par melphalan associé à la prednisone. L'évolution est marquée par une stabilisation de l'état clinique.

**Conclusion :** Les occlusions veineuses de la rétine sont fréquemment associées à plusieurs facteurs de risques (l'âge, l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie, le diabète sucré et l'augmentation de la PIO). D'autres facteurs plus rares peuvent se voir (les troubles myéloprolifératifs, les états thrombophiliques, les périphlébites occlusives, la contraception orale et l'insuffisance rénale chronique) et doivent donc être recherchés devant toute occlusion veineuse rétinienne.

## P157. GESTION DU DEFICIT EN FACTEUR V EN PERI OPERATOIRE

Chebbi N, Nakhli MS, Mhamdi S, Elacheche W\*, Ammar C, Guedria H<sup>(1)</sup>, Naija W, Saïd R.

*Service d'anesthésie réanimation CHU Sahloul Sousse 1 Service d'hématologie biologique CHU Sahloul Sousse*

**Introduction :** La déficience en facteur V, appelée également para hémophilie ou maladie d'Owren, est une pathologie très rare de la coagulation. Environ une personne sur un million peut être atteinte de cette déficience. Nous rapportons le cas de madame BS connue porteuse d'un déficit en facteur V et proposée pour une cure

d'éventration. Cas clinique : Madame B.S âgée de 58 ans connue porteuse d'un déficit majeur en facteur V depuis l'âge de 18 ans découvert accidentellement suite à une avulsion dentaire. Dans ses antécédents, on retrouve une cholécystectomie en 2003 et une occlusion intestinale sur bride en 2013. Elle est hypertendue équilibrée sous traitement. L'évaluation pré anesthésique a retrouvé un TP bas à 35%, un TCK allongé (2 fois le témoin) et un dosage initial de facteur V à 17%. Notre patiente a eu une perfusion de 20 ml/kg de plasma frais congelé à deux reprises, dont la dernière 12 heures avant l'acte opératoire. Cela a permis d'atteindre un taux de facteur V à 25% avant l'intervention, taux acceptable pour la chirurgie. L'acte opératoire a consisté en une incision médiane avec dermolipéctomie losangique, fixation d'une plaque biface et fermeture plan par plan avec un drain de redon mis en place au contact de la plaque. En postopératoire, on a continué la perfusion de PFC à 20 ml/kg, deux fois par jour pendant 48h permettant de garder un taux de facteur V aux alentours de 25%. Les suites opératoires étaient simples permettant l'ablation du drain à J2 et la sortie de la patiente à J4.

**Discussion :** La déficience en facteur V est une maladie très rare de la coagulation. Elle peut être acquise ou congénitale, avec des expressions cliniques variables. Elle touche autant les hommes que les femmes et peut, dans certains cas provoqué des saignements importants. Il s'agit d'un trouble autosomique récessif. Le bilan d'hémostase est toujours perturbé, cependant il n'y a pas de corrélation entre la sévérité du déficit en facteur V et le TP. Le diagnostic est fait par dosage du facteur V. Le déficit est sévère quand le taux est de 10 à 15%. En l'absence de concentrés en facteur V, le PFC reste le seul traitement en curatif ou en préventif d'un acte chirurgical. La posologie habituelle est de 15 à 20 ml/kg à répéter éventuellement pour maintenir un taux de facteur V supérieur à 20%. La demi-vie de ce facteur est de 12 à 36 heures. La transfusion plaquettaire peut s'avérer nécessaire en complément du PFC dans les hémorragies sévères.

## **P158. LA THROMBOPENIE DU POST PARTUM EN MILIEU DE REANIMATION : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET PRONOSTIQUE**

F Medhioub; A Chaari; N Baccouch; K Rgaieg; R Ammar; M Bahloul; H Chelly; C Ben Hamida; M Bouaziz.

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

**But :** Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et pronostiques des patientes admises en post partum ayant présenté au moins un épisode de thrombopénie < 150 G/l durant leur séjour en réanimation.

**Patientes et Méthodes :** Etude rétrospective sur une période de 20 ans (01/01/1993 – 30/06/2012). Toutes les patientes obstétricales admises en post partum ayant présenté au moins un épisode de thrombopénie < 150 G/l durant leur séjour en réanimation ont été incluses.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 725 patientes ont été admises en réanimation : 459 patients (18,11 %) ont présenté au moins un épisode de thrombopénie < 150 G/l. L'âge moyen de nos patientes a été de  $30 \pm 6.1$  ans. La grossesse a été suivie chez 242 femmes (52.7 %). Les deux motifs d'admission les plus fréquents ont été les complications de l'HTA gravidique et l'hémorragie de la délivrance. Le score SAPSII calculé après 24 heures d'hospitalisation en réanimation a été  $20.6 \pm 10.3$  points avec une aire sous la courbe ROC de 0.89. Les complications systémiques constatées à l'admission ont été l'IRA (27.5 %), la CIVD (24.2 %), l'état de choc (9.3 %), l'OAP (12.8 %) et le coma (11.1 %). Le taux moyen de plaquettes a été de  $137 \pm 95$  G/l (extrêmes allant de 3 à 655 G/l). Chez les patientes thrombopéniques, le taux moyen de plaquettes a été de  $95 \pm 22$  G/l. La thrombopénie a été complètement asymptomatique chez 78 % patients : Le diagnostic a été posé uniquement sur les données de la biologie. Parmi nos patientes, 61 % ont nécessité le recours à la transfusion de produits sanguins labiles. Les concentrés plaquettaires ont été administrés chez 127 patientes (27,6 %). La ventilation mécanique de plus de 24 heures a été nécessaire chez 218 patientes (47,4 %) avec une durée moyenne de  $2,7 \pm 4,2$  jours. Les causes les plus fréquentes de thrombopénie ont été la CIVD hémorragique (rupture utérine, HRP et hémorragie de la délivrance) chez 58 % des patientes, la pré-eclampsie et le HELLP syndrome chez 30.5 % des patientes, le sepsis ou le choc septique chez 6.5 % des patientes, le syndrome hémolytique urémique chez 2.8 % des patientes et les causes médicamenteuses chez 2.2 % des patientes. La durée moyenne de séjour a été de  $2.7 \pm 2.2$  jours. Le taux de mortalité a été de 4.3 %. Les éléments corrélés avec un mauvais pronostic ont été: l'état de choc, l'accouchement par voie basse, un SAPSII supérieur à 40 et un âge supérieur à 39 ans.

**Conclusion :** La thrombopénie est un trouble de l'hémostase fréquemment retrouvé chez les patientes admises en post partum en réanimation. Une prise en charge medico-obstétricale, notamment l'appréciation du risque hémorragique et une réanimation adéquate, permet de réduire la mortalité maternelle.

## P159. EVALUATION DE LA PRESCRIPTION DE L'IMAGERIE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ABDOMINALE AIGÜE NON TRAUMATIQUE

D. Brahim, H. Sandid, Y. B. Haj, H. B. Soltane, M. Methamem.

*Urgences Farhat Hached*

**Introduction :** C'est une étude rétrospective descriptive réalisée au service d'accueil des urgences du CHU de Farhat Hached durant six mois, a rassemblé 320 dossiers de patients présentant une douleur abdominale aiguë non traumatique. On cherche à démontrer que si l'interrogatoire, l'examen clinique et la réalisation d'examens complémentaires - biologiques et/ou ASP- sont incontournables, ils n'en restent pas moins insuffisants.

**Résultats :** Dans 33.2% des cas, il n'y a aucun diagnostic présumé -douleur abdominale non spécifique- à l'issue de l'examen clinique et de la réalisation des examens complémentaires. Les examens d'imagerie (échographie et/ou scanner) sont donc primordiaux afin de permettre l'orientation du patient vers un service de médecine, de chirurgie ou son passage en urgence au bloc opératoire. En effet, le taux de douleur abdominale non spécifique dans les diagnostics retenus à l'issue de la réalisation de ces examens d'imagerie, est divisé par 3. Un ASP est encore demandé dans 67.9 % des cas, alors qu'il est non contributif dans 86.4% des cas. Le diagnostic présumé est confirmé par les examens complémentaires d'imagerie dans 58.8% des cas et modifié dans 41.2% des cas. Enfin, la réalisation d'une échographie et/ou d'un scanner permet d'obtenir une correspondance entre le diagnostic retenu à la sortie du service d'accueil des urgences et le diagnostic à la sortie d'hospitalisation, dans 77.1 % des cas.

**Conclusion :** la prescription de l'imagerie dans la prise en charge des douleurs abdominales non traumatiques aux urgences est non contributive dans 32.9% des cas ce qui nous incite à avoir recours à des arbres décisionnels qui nous orientent vers l'examen le plus utile et le moins coûteux.

## P160. LES VASCULARITES : FAUT-IL Y PENSER AUX URGENCES

N. Maaroufi, R. Hmaïssi\*, R. Chihoui, M. Dhaouadi, S. Fares.

*Service des urgences Hôpital Régional de Jendouba*

**Introduction :** Le motif de consultation en urgence d'un malade atteint d'une maladie systémique est le plus souvent en rapport avec une complication liée à l'immunosuppression et/ou au traitement. Parfois, la maladie n'est pas connue et le tableau clinique comporte au moins une atteinte viscérale avec des signes de gravité, l'association entre plusieurs organes fait suspecter une vascularite. Nous rapportons le cas d'une vascularite suspectée aux urgences.

**Observation :** il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans, sans antécédents, qui a consulté aux urgences pour douleurs abdominales associées à une asthénie. L'examen aux urgences trouvait une patiente apyrétique, les constantes hémodynamiques étaient stables, l'examen neurologique a montré une ataxie avec un syndrome cérébelleux, l'examen abdominal trouvait une sensibilité hypogastrique. Un bilan biologique fait en urgence est revenu normal. Un scanner cérébral en urgence a mis en évidence un accident vasculaire cérébral ischémique. Devant la persistance de douleurs abdominales un scanner abdominal a été fait et a trouvé une ischémie mésentérique avec infarctus splénique. La patiente a été mise sous traitement anticoagulant. L'évolution était favorable sous traitement. Les explorations biologiques faites ultérieurement ont conclu à une maladie de Behçet.

**Discussion :** Les manifestations cliniques des vascularites ne sont pas spécifiques, ils vont des simples douleurs abdominales régressives sous traitement à des tableaux d'abdomen chirurgical, de mauvais pronostic. Elles s'accompagnent habituellement de signes extra-digestifs, témoins de l'activité de la vascularite, mais peuvent être isolées dans 16 % des cas. Quatre situations cliniques sont principalement rencontrées aux urgences, selon la défaillance d'organe au premier plan : détresse respiratoire aiguë avec atteinte pulmonaire diffuse ; atteinte neurologique centrale ; insuffisance rénale aiguë ; anémie hémolytique avec thrombopénie. Pour un malade qui consulte pour la première fois aux urgences, et chez qui, plusieurs atteintes viscérales ont été diagnostiquées et pour être un indice, une maladie du système est à suspecter.

## P161. DÉFICIT EN G6PD CHEZ UN HOMME DE 56 ANS À PROPOS D'UN CAS

H. Sandid, M.S. Ayachi, A. Saada, H.B. Soltane, M. Methamem.

*Services des urgences Farhat Hached*

**Introduction :** Le déficit en G6PD représente une pathologie assez rare qui se voit essentiellement chez les enfants. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 56 ans qui consulte les urgences pour asthénie, ictère évoluant depuis une semaine.

**Observation :** Il s'agit d'un patient âgé de 56 ans qui a comme antécédents une pathologie hématologique non suivie à la consultation. A l'examen : patient somnolent avec un GCS à 13, une TA à 10/06, une FC à 128b/min, un ictère cutanéomuqueux, avec des signes d'insuffisance circulatoire aiguë. L'examen cutané a montré des lésions

crouteuses purulentes avec un mauvais état local. La conduite à tenir : monitoring du patient, VVP et remplissage, bilan biologique avec demande du groupe sanguin et du cross match. La NFS a montré une anémie à 2,7g/dl, un ictère à bilirubine libre ce qui nous a orienté vers une origine hémolytique. Secondairement après un interrogatoire poussé on a conclu que la maladie hématologique était un déficit en G6PD décompensé probablement par un sepsis à point de départ cutané. L'évolution a été marquée par l'amélioration après la transfusion et la mise sous antibiothérapie. Le patient a été secondairement hospitalisé en réanimation.

**Discussion :** Le déficit en G6PD est le plus fréquent des déficits héréditaires enzymatiques des érythrocytes l'affection est fréquente elle affecte 0,5 à 26% de la population, on estime 420 millions le nombre d'individus atteints dans le monde. Le déficit en G6PD est le plus souvent asymptomatique mais peut se manifester par une anémie hémolytique, la sévérité du tableau dépend de la sévérité du déficit enzymatique. Le déficit en G6PD se voit souvent chez les nouveaux nés et se manifeste par un ictère néonatale, chez l'adulte la manifestation la plus fréquente est l'anémie hémolytique.

**Conclusion :** Le déficit en G6PD est souvent asymptomatique, mais on doit l'évoquer devant une anémie hémolytique chez un adulte avec un contexte particulier notamment une prise médicamenteuse ou bien un sepsis.

## **P162. DOULEUR ABDOMINALE AIGUE NON TRAUMATIQUE AUX URGENCES : LES CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT INFLUENCENT ELLES LA PRISE EN CHARGE ?**

S.Bouzid, S.Youness, S.Afrit, Z.Mezgar, M.Methamem.

*Service des Urgences Farhat Hached Sousse*

**Introduction :** La douleur abdominale aigue est un motif fréquent de consultation aux urgences et présente un challenge quotidien pour le médecin urgentiste qui doit décider d'une stratégie de prise en charge.

**Patients et méthodes :** étude prospective réalisée au service des urgences Farhat Hached Sousse ; sont inclus les patients consultants pour douleurs abdominales aigues non traumatiques. Les patients sont définis selon leurs caractéristiques épidémiologique, la sémiologie de la douleur ; chez tous ces patients est calculé le temps de passage aux urgences la nécessité es examens complémentaire ou un avis chirurgicale pour établir le diagnostic.

**Résultats :** La douleur abdominale est un motif qui concerne jusqu'à 10% des admissions aux urgences. 61% des patients sont de sexe féminin, 80% des patients ont nécessité un avis chirurgical dont 98% ont été hospitalisés. Il a eu recours à la biologie dans 70% des cas, à l'échographie dans 60%. Le diagnostic de douleur abdominale non spécifique a été conclu dans 20% des cas. Certaines pathologies sont nettement plus fréquentes à certains âges : l'appendicite aigue représente 11% des diagnostics pour les patients âgés de moins de 50ans alors que la cholécystite représente 7% des diagnostics pour ceux supérieur à 50ans. Aucun âge n'écarte complètement un diagnostic

**CONCLUSION :** devant une douleur abdominale aigue la démarche diagnostique doit être efficace et rapide : pas d'examens inutiles et ne pas passer à coté d'une urgence chirurgicale ou médicale ; une hiérarchisation de la prise en charge permettra d'écourter le temps de séjours aux urgences.

## **P163. CIRCONSTANCES DE REQUISITION DU DOSSIER DE RÉANIMATION PAR LA JUSTICE : ETUDE DE 34 DOSSIERS**

Blaiti H, Boussen MA, Cherni I, Hannachi Z, Jaoua H, Ben Fadhel K.

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

**Introduction:** Afin d'évaluer l'évolution du contentieux lié à notre activité professionnelle d'anesthésiste réanimateur, nous avons décidé d'étudier les plaintes arrivées au service contentieux de notre hôpital. L'analyse de ces données nous apporte un éclairage sur l'aboutissement et le risque judiciaire que nous encourons.

**Matériel et Méthode :** Nous avons étudié tous les dossiers : Dont une copie a été demandée par les instances judiciaires, dont un rapport détaillé a été demandé au médecin traitant par les instances judiciaires, Dont le médecin traitant a été sollicité par des instances nationales ( inspection, commission...) et ceux qui ont entraîné une médiatisation avec ou sans plainte judiciaire ( presse audiovisuelle, écrite...). Nous n'avons pas inclus les dossiers des polytraumatisés qui donnent toujours des suites médico-légales (autopsie, problèmes d'assurances ...)

**Résultats :** 34 dossiers ont été étudiés, 90% des réquisitions font suite au décès des patients.

33% des plaintes sont survenues après 2011, aucune de ces plaintes n'a abouti à une condamnation		
Nombre	Cause de la plainte	Décision de justice
20	Complément d'un dossier de justice ne concernant pas notre service	Inconnue
7	Incompréhension et mise en cause de l'étiologie du décès	Non aboutissement
7	Plainte pour mauvaise prise en charge ou erreur médicale	1 condamnation en civil

**Discussion :** Notre prise en charge n'a été directement mise en cause et confondue avec celle des chirurgiens que dans 20% des cas, dont l'une a aboutie à une condamnation en civil.

La pression judiciaire effective sur les médecins anesthésistes réanimateurs semble augmenter depuis la révolution. Nous pouvons retenir la fréquence croissante des saisies de justice.

## P164. INTÉRÊT DE L'ANALGÉSIE PRÉCOCE AU TRIAGE

H.Sandid, M.S.Ayach, A.Lazreg, M.Khrouf, M.Methamem.

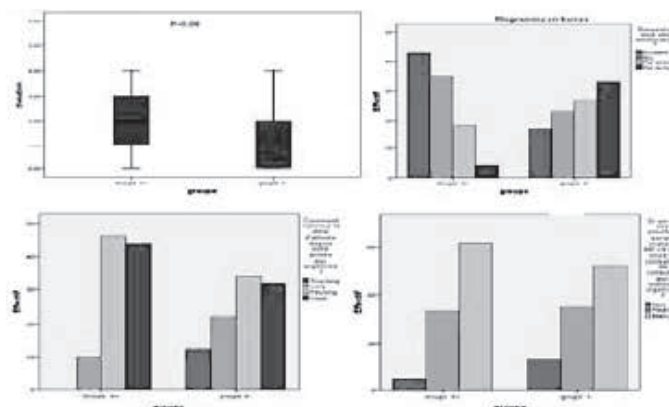
Service des Urgences Farhat Hached Sousse

**Introduction :** La douleur aux urgences est encore sous-estimée et insuffisamment prise en charge. L'instauration d'une analgésie dès le triage peut améliorer les scores de la douleur et assurer un meilleur confort des patients. But : Evaluer la satisfaction des patients par rapport à la qualité de la prise en charge aux urgences en cas d'insaturation d'une analgésie précoce au triage.

**Patients et Méthodes :** Critères d'inclusions: Patients consultant les urgences pour douleur aiguë post traumatique dont l'âge est supérieur à 15 ans. Critères de non inclusion: Patient non algique, inconscient ou présentant des troubles sévères de la vigilance ou du langage. Protocole: Dès leur tri, les patients inclus vont prendre 1g de Paracétamol par voie orale. L'EVA est évaluée à l'admission et à la sortie du patient. Avant la sortie le patient est invité à répondre à un questionnaire préétabli en langue arabe portant sur son appréciation de la qualité des prestations fournis aux urgences.

### Résultats :

200 patients étaient inclus. 100 dans le groupe sans analgésie et 100 dans le groupe avec analgésie.



L'analgésie précoce est à l'origine d'une réduction significative de l'EVA. Les patients étaient satisfaits bien que nous avons noté seulement une baisse de Malgré que la baisse de  $2 \pm 1$  de l'EVA.

**Conclusion:** L'analgésie précoce aux urgences offre une meilleure satisfaction des patients permettant d'améliorer ainsi leur prise en charge.

## P165. GROSSE JAMBE DOULOUREUSE: PENSER AU KYSTE HYDATIQUE DU MOLLET !

Ben Dahmen F\*, Amri R, Garbouj W, Sahli H, Ben Hadj Ali M (+), Ammar Y(+), Harrane H, Azzabi S, Jazzi R (++)

Service de médecine interne (+) : Service des urgences, (++) : service d'hémodialyse Hôpital Mohamed Tahar Mâamouri, Nabeul

**Introduction :** La grosse jambe douloureuse non traumatique est un motif fréquent de consultation en urgence. Les étiologies sont dominées par les Thromboses veineuses profondes (TVP), les causes infectieuses notamment érysipèle des membres inférieurs ou une fasciite nécrosante. Exceptionnellement, un kyste hydatique peut en être la cause. Nous rapportons une observation d'une échinococcose du muscle quadriceps et nous essayons de discuter les particularités cliniques et thérapeutiques de cette localisation.

**Observation :** Patient âgé de 24 ans, sans antécédent médicaux particuliers qui consultait aux urgences pour une grosse jambe gauche. L'examen clinique a trouvé un patient fébrile à  $38^{\circ}\text{C}$ , un mollet gauche augmenté de volume sensible à la palpation. Le signe de Homans était positif. Le doppler veineux était normal. Alors que l'échographie des parties molles a mis en évidence 2 formations à doubles composantes multikystiques mesurant  $70 \times 30$  mm évocatrice de kyste hydatique du mollet. La recherche d'autre localisation a montré la présence d'image kystique de  $52 \times 47$ mm localisée au niveau du segment IV du foie. Le patient a été opéré avec bonne évolution clinique.



**Discussion :** La localisation musculaire de la maladie hydatique est rare, même dans les pays d'endémie. Elle est souvent primitive et rare (0,5 à 5 % de l'ensemble des localisations). La localisation musculaire du kyste hydatique pose encore des problèmes diagnostique et thérapeutique. La sérologie et l'hyperéosinophilie, souvent négatives, ne constituent qu'un complément à la clinique et à l'imagerie. Le traitement est chirurgical avec une évolution souvent favorable.

**Conclusion :** La grosse jambe douloureuse est un problème de pratique quotidienne. L'écho Doppler permet de faire le diagnostic différentiel des phlébites profondes évitant ainsi un traitement anticoagulant inutile et dangereux. Le Doppler veineux couplé au Doppler artériel et à l'échographie des parties molles permet de retrouver de nombreuses étiologies rares.

## **P166. LE SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUE CHEZ LE POLYTRAUMATISE ETUDE DESCRIPTIVE A PROPOS DE 20 CAS.**

M.Ben Ali\*, S. Milli, B.Zbidi, L. Stambouli, F. Hafi, A.Attia, K.Sassi, W. Zarrouk, I.Bokri, S. Toumi, F. Ben Salem, M.Gahbiche.

*Service D'Anesthesie Reanimation CHU F.B.Monastir.*

**Introduction:** Les complications respiratoires, en particulier le syndrome de détresse respiratoire aigue (SDRA), rencontrées chez le polytraumatisé sont multifactorielles et menacent la survie du patient. Ce syndrome survient après agression directe du poumon (contusion pulmonaire, pneumonie) ou indirecte (choc prolongé, polytransfusion, syndrome d'embolie graisseuse). Objectif : Décrire le profil épidémiologique, clinique, paraclinique, bactériologique, thérapeutique et évolutif des polytraumatisés présentant un SDRA d'origine infectieux.

**Matériels et méthodes :** Etude rétrospective et descriptive sur une période de 18 mois (allant de janvier 2013 au juin 2014), réalisée au service d'anesthésie réanimation de l'EPS Fattouma Bourguiba de Monastir. Un SDRA d'origine infectieux est défini par la survenue d'une fièvre, hypoxie et infiltrats radiologiques au-delà de la 48 ème heure d'hospitalisation [2]. La nouvelle définition de «Berlin» permet de distinguer, 3 niveaux de gravité : SDRA minime ( $200 < PaO_2/FiO_2 \leq 300$ ), SDRA modéré ( $100 < PaO_2/FiO_2 \leq 200$ ) et SDRA sévère ( $PaO_2/FiO_2 \leq 100$ ). On a décrit les caractéristiques cliniques, paracliniques (GDS, TDM, bactériologie), thérapeutiques et évolutifs des malades. Tous les patients présentant un SDRA avaient bénéficié d'une ventilation mécanique protectrice. Le recours au NO était indiqué dans le cas de SDRA sévère. Le recours aux catécholamines était relevé. Une antibiothérapie empirique considérant l'écologie du service et à base de rifampicine/Colimycine, ou Tigacyl/Colimycine visant l'acinetobacter résistant au tienam était instaurée et adaptée ultérieurement à l'antibiogramme. Nous avons relevé l'évolution, la durée du séjour en réanimation et les complications. Nous avons calculé l'effectif et pourcentage pour les variables qualitatives et la moyenne avec les extrêmes pour les variables quantitatives.

**Résultats :** Pendant la période d'étude, nous avons colligé 111 dossiers de polytraumatisé parmi lesquels 20 patients avaient présenté un SDRA infectieux, soit une prévalence de 18 %. Un SDRA sévère était relevé dans 85% (17/20) des cas. L'âge moyen était de 40 ans (extrêmes de 5 à 74 ans), un sexe ratio de 3. Le GCS moyen était de 7 (extrêmes de 3 à 15). Les valeurs moyennes de l'IGS II et l'APACHE II étaient respectivement de 43,2 (extrêmes de 16 à 86) et de 15,9 (extrêmes de 3 à 30). Les antécédents d'asthme et de diabète type II étaient rencontrés chacun chez 3 malades, contre un cas de BPCO et 2 cas d'HTA. Une association lésionnelle de 2 à 4 lésions était rencontrée avec présence de traumatisme thoracique dans 95% des cas. Le délai moyen d'installation du SDRA par rapport à l'admission était de 8,4 jours (extrêmes de 4 à 24 j). Le recours aux catécholamines était relevé dans tous les cas. L'acinetobacter résistant au tienam était le germe le plus prédominant, présent chez 90% des patients. Le  $PaO_2/FiO_2$  moyen était de 130 mmHg (extrêmes de 85 à 196). La durée moyenne du séjour de 13,85 jours (extrêmes de 4 à 38 j). La mortalité était notée dans tous les cas de SDRA sévère.

**Conclusion :** Le SDRA infectieux chez le polytraumatisé est une complication grave grevée d'une lourde mortalité (85%) dans les cas sévères. Une stratégie médicale préventive s'impose chez ces patients.

## **P167. LES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MÉCANIQUE À ENTÉROBACTÉRIES : ÉTUDE DE 23 CAS.**

A. BENABDERRAHIM, Y. BLEL, A. MRAD, I. FATHALLAH, H. MAAMOURI, D. LAKHDHAR, S. SOUISSI, N. KOURAICHI, N. BRAHMI, M. AMAMOU.

*SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE URGENTE TUNIS.*

**Introduction:** Les patients en réanimation sont exposés au risque d'infections nosocomiales, les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) constituent le type d'infection le plus fréquemment rencontré. Le but de ce travail est d'étudier le profil clinique, épidémiologique, bactériologique et évolutif des PAVM à entérobactéries.

**Matériels et méthodes:** Etude rétrospective menée sur une période de 4 ans et demi. Tous les patients qui ont développé une PAVM à entérobactéries ont été inclus.

**Résultats:** Durant cette période 23 patients ont été colligés. L'âge moyen était de  $43 \pm 16$  ans. Le sexe ratio était de 1,87. Les moyennes des scores de gravité à l'admission étaient  $42,8 \pm 8$  pour le score IGSII,  $18,5 \pm 4$  pour le score APACHE II et  $7,4 \pm 2$  pour le score SOFA. Le motif d'hospitalisation le plus fréquent était une intoxication rapportée dans 87 % des cas. Le délai moyen de survenue des PAVM était de  $6 \pm 4$  jours. La durée moyenne de ventilation mécanique avant la survenue de la PAVM était de  $5 \pm 3$  jours. Au moment de diagnostic, le score IGSII moyen était  $39 \pm 8$ , le score APACHEII était  $19,3 \pm 8$  et le score SOFA était  $7,6 \pm 3$ . Le rapport  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  était inférieur à 200 mmHg dans 30 % des cas. L'antibiothérapie empirique était efficace dans 70% des cas et elle était basée essentiellement sur l'Amoxicilline-Acide clavulanique (30,4%) et l'Imipénème (30,4%). Les entérobactéries étaient résistantes à l'Amoxicilline-Acide clavulanique dans 26%, Ticarcilline dans 78%, Ticarcilline-Acide clavulanique dans 39%, Pipéracilline dans 74%, Pipéracilline-Tazobactam dans 34,8%, Céfotaxime dans 8%, Cefazidime dans 44%, Imipénème dans 17,4%, Amikacine dans 21,7%, Gentamicine dans 30,4%, Ciprofloxacine dans 30,4%. Les entérobactéries étaient sécrétrices des bêta-lactamases à spectre élargie dans 30,4% des cas. Les entérobactéries étaient incriminées seules dans la genèse des PAVM dans 65% des cas avec prédominance de *Klebsiella pneumoniae* (60,9%) et *Escherchia coli* (17,4%), l'association avec l'*Acinetobacter baumannii* a été retrouvée dans 21% des cas et avec le pyocyanique dans 13% des cas. Les PAVM étaient compliquées d'insuffisance rénale dans 30,4%. SDRA dans 21% des cas, complications thromboemboliques dans 8,7% des cas, CIVD dans 8,7%, sepsis sévère et choc septique dans 4,3% des cas, La durée moyenne de ventilation mécanique était de  $20 \pm 33$  jours. La durée moyenne de séjour en réanimation était de  $26 \pm 34$  jours. La mortalité globale était de 47,8%.

**Conclusion:** Les PAVM à entérobactéries surviennent en 3<sup>ème</sup> lieu en terme de fréquence après celles dues respectivement à *Acinetobacter baumannii* et au pyocyanique avec émergence des souches sécrétrices des bêta-lactamases à spectre élargie. En terme de gravité, elles restent grevée d'un taux de mortalité élevé avec augmentation de la durée de séjour en réanimation et de la ventilation mécanique.

## **P168. LA NEUROTOXICITÉ DE LA PARAPHÉNYLÈNE DIAMINE : ETUDE DE DEUX CAS.**

A. BEN ABDERRAHIM, Y. BLEL, A. MRAD, I. FATHALLAH, H. MAAMOURI, D. LAKHDHAR, S. SOUSSI, N. KOURAICHI, N. BRAHMI, M. AMAMOU.  
SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CAMU.

**Introduction:** La Paraphénylène diamine (PPD) est une amine aromatique utilisée dans un but cosmétique pour ses propriétés tinctoriales. L'intoxication par la PPD est responsable d'une toxicité systémique avec atteinte musculaire, rénale, cardiaque et respiratoire. La neurotoxicité de ce produit n'est pas une complication courante. Nous rapportons deux cas d'intoxication au PPD compliquées de neuropathie toxique.

### **Observation:**

- 1<sup>er</sup> cas: Patiente MZ âgée de 30 ans admise pour vertige, œdème glottique faisant suite d'une ingestion d'une quantité imprécise de PPD. A son admission la patiente était en état de choc (Pression artérielle imprenable, FC 140<sup>bpm</sup>). Le bilan biologique a montré une rhabdomyolyse (CPK à 160439) avec une cytolyse hépatique (ASAT 5674<sup>UI/l</sup>, ASAT 850<sup>UI/l</sup>) et une hyperlactatémie à 8<sup>mmol/l</sup>. Par ailleurs la fonction rénale était normale. La patiente a été mise sous assistance respiratoire et hémodynamique. L'évolution était marquée par la survenue d'une myocardite toxique et l'installation d'un déficit moteur au niveau des membres inférieurs. A l'EMG : aspect en faveur d'une polyneuropathie sensitivo-motrice. A l'IRM cérébrale : un hypersignal T2 et en FLAIR intéressant les putamens, les pallidums, les noyaux caudés et des lésions de la substance blanche sustentorielle associés à une atteinte du ruban cortical, l'ensemble de ces lésions cadre avec une neuro-intoxication. L'évolution ultérieure était marquée par une amélioration de l'état de conscience, toutefois la patiente a gardé une rigidité extra-pyramidale séquellaire.
- 2<sup>ème</sup> cas: Patiente SA âgée de 33 ans admise en réanimation pour intoxication au PPD. A l'examen : œdème musculaire diffus, sans dyspnée laryngée. A la biologie : rhabdomyolyse (CPK à 63000<sup>UI/l</sup>), ASAT à 8000<sup>UI/l</sup>, ALAT à 1560<sup>UI/l</sup>, Urée à 10 mmol/m, Créatinine à 297  $\mu\text{mol/l}$ . Devant ce tableau la patiente a été mise sous assistance respiratoire avec recours à plusieurs séances d'hémodialyse. L'évolution sur le plan neurologique a été marquée par l'installation d'un déficit moteur au niveau des membres inférieurs avec des ROT faibles et un steppage à la marche. L'EMG a montré une neuropathie périphérique axonale touchant les deux membres inférieurs sans atteinte musculaire.

**Conclusion:** L'intoxication par la PPD reste grevée d'une morbi-mortalité assez importante. L'atteinte neurologique est rarement observée dans la littérature, elle peut être centrale ou périphérique avec des séquelles importantes.

## P169. CHOC TOXIQUE À LA SUITE DE PIQURES D'ABEILLE

A. BENABDERRAHIM, Y. BLEL, A. MRAD, I. FATHALLAH, H. MAAMOURI, D. LAKHDHAR, S. SOUISSI, N. KOURAICHI, N. BRAHMI, M. AMAMOU.

SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CAMU.

**Introduction :** La pique d'abeille est responsable de deux types de réactions : réaction anaphylactique et réaction toxique. La réaction toxique semble la moins fréquente et se développe essentiellement en cas de piqûres multiples avec inoculation d'une quantité importante de venin. Nous rapportons le cas d'un patient qui a été victime de plusieurs piqûres accidentelles d'abeilles compliquées d'un choc toxique.

**Observation:** patient B.H âgé de 58 ans sans antécédents particuliers admis pour prise en charge à la suite de piqûres d'abeilles. L'examen à l'admission a objectivé un patient conscient asthénique et très algique, pression artérielle à 80/40, tachycarde, œdème des paupières et du visage entourant les sites de piqûres, sensibilité épigastrique, diarrhée avec plus de 300 dards implantés au niveau du cuir chevelu et à la face. Aucune réaction cutanée allergique n'a été objectivée avec absence d'œdème de la glotte.



L'ECC a montré un rythme cardiaque à 100 bpm. A la biologie une acidose métabolique lactique. La conduite était d'entamer un remplissage vasculaire, l'extirpation des dards et sa mise sous antihistaminiques. L'évolution était favorable avec stabilisation de l'état hémodynamique et régression de l'œdème localisé. Le diagnostic d'un choc toxique secondaire à des piqûres d'abeille a été retenu devant le nombre élevé des piqûres, l'absence de réaction cutanée généralisée et l'absence d'œdème de Quincke.

**Conclusion :** La réaction toxique lors des piqûres d'abeille peut survenir si le nombre de piqûres dépasse les 200 chez l'adulte, le tableau clinique est expliqué par les effets directs du venin. Le diagnostic est évoqué devant l'absence des signes évoquant une réaction allergique généralisée (cutanés et respiratoire). La réaction toxique peut se compliquer d'atteinte viscérale (rénale, cardiaque et hépatique) et la survenue dans les formes graves d'un choc toxique qui peut engendrer le décès en l'absence de prise en charge immédiate.









**NIMBEX<sup>®</sup>**  
Bésilate de cisatracurium



**Soyez *confiant*...**

# Cancidas® I.V.

(acétate de caspofungine, MSD) 50 mg-70 mg

Evidences - Expérience - Pertinence\*

## 3 indications chez l'adulte et le patient pédiatrique

Traitement empirique des infections fongiques présumées (notamment à *Candida* ou *Aspergillus*) chez les patients adultes ou pédiatriques neutropéniques fébriles

Traitement de la candidose invasive chez les patients adultes ou pédiatriques

Traitement de l'aspergillose invasive chez les patients adultes ou pédiatriques réfractaires ou intolérants à l'amphotéricine B, à des formulations lipidiques d'amphotéricine B et/ou l'itraconazole. L'état réfractaire est défini par la progression de l'infection ou par l'absence d'amélioration après un minimum de 7 jours d'un traitement antifongique efficace aux doses thérapeutiques

AINF-113278-0005 Exp Dec 2016

\* Dans les indications thérapeutiques validées par l'AMM

Avant de prescrire Cancidas veuillez consulter le résumé caractéristique du produit.  
Pour toutes informations veuillez contacter MSD Idea Tunisie.  
Copyright

Liste I  
Cancidas® 50mg AMM n° 3443051H  
Cancidas® 70mg AMM n° 3443052H  
Date d'AMM initiales: 18/07/2007  
Titulaire d'AMM: MERCK SHARP & DOHME LTD Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire, EN11 9BU - UK.  
Exploitant de l'AMM: MSD IDEA Tunisie S.A.R.L, Rue du Lac Constance, Immeuble Matrix. Bloc B, 5ème étage, B1-5, 1053- Les Berges du Lac, Tunis, Tunisie. Tél : +216 71 13 79 00 - Fax : +216 71 96 30 37.