

SESSION FLASH COMMUNICATIONS

C1. LES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MECANIQUE A PSEUDOMONAS AERUGINOSA CHEZ LES POLYTRAUMATISES: EPIDEMIOLOGIE ET IMPACT PRONOSTIQUE.

A. CHAARI, K. CHTARA, R. AMMAR, N. BEN ALGIA, O.TURKI, N. BACCOUCHE, H. GHADHOUNE, C. BEN HAMIDA, M. BAHLOUL, M. BOUAZIZ. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU HABIB BOURGUIBA. SFAX

Introduction: Les pneumopathies nosocomiales constituent une complication redoutable chez les patients de réanimation. Le but de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) à *Pseudomonas aeruginosa* chez les polytraumatisés graves. **Patients et méthodes:** Etude rétrospective menée sur une période de 16 mois (01/09/2010 – 21/12/2011). Tous les polytraumatisés âgés de plus de 15 ans et ayant nécessité une ventilation mécanique (VM) de plus de 48 heures ont été inclus. **Résultats:** Durant la période d'étude, 175 polytraumatisés ont été inclus. L'âge moyen a été de 38.3 ± 17.5 ans. Le score SAPSII moyen a été de 32.8 ± 8 . Le score SOFA moyen a été de 8 ± 2 points. Le score ISS moyen a été de 36.5 ± 6 points. Le score de coma de Glasgow moyen a été de 9.5 ± 3.6 . Seuls deux patients (1.1 %) avaient un antécédent d'insuffisance respiratoire chronique. Un traumatisme crânien a été noté chez tous les patients (100 %). Un traumatisme thoracique a été retrouvé chez 78 patients (40.6 %). Tous nos patients ont été ventilés à l'admission. Un état de choc nécessitant le recours aux catécholamines a été noté chez 71 patients (40.6 %). Une antibiothérapie initiale a été indiquée chez 161 patients (92 %). Cette antibiothérapie a été à base d'amoxicilline + acide clavulanique chez 136 patients (77.7 %). Durant le séjour en réanimation, 49 patients (28 %) ont développé une PAVM. Le nombre d'épisodes de PAVM a été de 56 dont 20 étaient occasionnées par le *Pseudomonas aeruginosa* (11.4 % des patients et 35.7 % de l'ensemble des épisodes de PAVM). Le délai moyen de survenue de la pneumopathie à *Pseudomonas aeruginosa* a été de 9.5 ± 6.5 jours (médiane de 7 jours). Les patients ayant développé cette complication nosocomiale (Pyo(+)) ont eu une transfusion de produits sanguins labile qui a été significativement plus fréquente par rapport aux autres patients (Pyo(-)) (75 % Vs 44.7 % ; $p = 0.011$). Une trachéotomie antérieure à la pneumopathie a été également significativement plus fréquente chez ce groupe de patients (65 % Vs 24.5 % ; $p < 0.001$). Les patients du groupe Pyo(+) ont eu une durée de ventilation et une durée de séjour en réanimation significativement plus prolongées (respectivement 17.2 ± 10 jours Vs 7 ± 5.5 jours ; $p < 0.001$ et 23 ± 11.5 jours Vs 10 ± 9 jours ; $p < 0.001$). La mortalité en réanimation a été de 26.9 %. Elle a été comparable entre les groupes Pyo(+) et Pyo(-) (35 % Vs 25.8 % ; $p = 0.383$). **Conclusion:** Les PAVM à *Pseudomonas aeruginosa* sont fréquente dans notre unité de réanimation. Elles sont responsables d'une prolongation de la durée de ventilation et de la durée de séjour en réanimation

C2. FACTEURS PRONOSTIQUES DES PNEUMONIES AIGUËS COMMUNAUTAIRES A PNEUMOCOQUE COMPLIQUEES DE CHOC SEPTIQUE.

H. BEN LAKHAL, K. BELKHOUBA, R. JABLA, T. MARHBENE, A. JAMOSSI, J. BEN KHELIL, K. BEN ROMDHANE, M. BESBES. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE - HOPITAL A. MAMI – ARIANA

Introduction: La pneumonie aiguë communautaire (PAC) compliquée d'un état de choc septique est associée à une mortalité élevée. Le Pneumocoque reste le germe le plus fréquemment en cause. Le but de notre travail était de déterminer les facteurs pronostiques des PAC pneumococciques avec état de choc septique. **Patients et méthodes:** Etude rétrospective, incluant tous les patients hospitalisés en réanimation pour PAC à pneumocoque, entre Janvier 2000 et septembre 2013. Ont été relevés, les données démographiques et cliniques, les scores IGS II et SOFA, ainsi que les scores de Fine et le CURB-65, les données biologiques, radiologiques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutives. 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 181 patients ont été hospitalisés pour PAC pneumococcique. Parmi eux 48 patients ont présenté un état de choc septique (26,5%). La médiane d'âge était de 60 ans. Le sexe ratio était de 4,3. Des antécédents pathologiques étaient retrouvés chez 29 patients (60,4%). Les médianes des scores IGS II et SOFA étaient respectivement de 44 et 7. Le CURB-65 était ≥ 4 chez 14 patients (29,2%). Chez 43,8% des patients le score de Fine était \geq IV. A l'admission; 72,9% des patients avaient nécessités une ventilation mécanique; 39,6% des patients avaient un SDRA et 35,4% avaient un SDMV. L'insuffisance rénale aiguë était présente chez 79,2% des patients. La pneumonie était bactériémique chez 18 patients (37,5%). L'antibiothérapie initiale était une monothérapie chez 31,3% des patients. La médiane de la durée de séjours était de 9,5 (1-46) jours et le taux de mortalité était de 45,8% (22 patients). Après analyse multivariée, seuls un score IGSII ≥ 35 (OR = 6,54 ; IC95% = 1,31-32,53 ; p = 0,022), un pH à l'admission $< 7,30$ (OR = 8,84 ; IC95% = 1,81-43,15 ; p = 0,007) et un taux de bicarbonates à l'admission ≤ 20 mmol/l (OR = 7,18 ; IC95% = 1,32-38,83 ; p = 0,022) étaient liés à la mortalité en réanimation. **Conclusion:** La PAC à pneumocoque compliquées d'état de choc septique, est associée à une mortalité élevée. Les facteurs pronostiques étaient en rapport avec le score de gravité, et l'acidose métabolique.

C3. LA PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE SEVERE : EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS PRONOSTIQUES.

K. MEDDEB (1), A. M'RAD(1), Y. BLEL (1), I. SEDGHIANI (1), S. HABACHA (1), M. MARZOUK (1), A. KAROUI (2) H. ELGHORD (1), N. KOURAICHI (1), H.THABET (2), N. BRAHMI (1), M. AMAMOU (1). (1) SERVICE DE REANIMATION. CAMU, SERVICE DES URGENCES. CAMU

Introduction: La pneumopathie aigue communautaire (PAC) sévère est associée à une mortalité lourde de l'ordre de 50%. Ce taux alarmant de mortalité lié à la PAC nous a incité à réaliser ce travail qui a pour objectif de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et pronostiques de la PAC sévère et de les comparer aux données de la littératures.

Matériels et méthodes: Nous avons mené une étude rétrospective, incluant tous les patients admis en réanimation pour PAC sévère, sur une période de six ans entre janvier 2007 et janvier 2013. Nous avons recueilli les données épidémiologiques, cliniques, biologiques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives. **Résultats :** Quarante patients étaient inclus dans l'étude ; 19 homme et 21 femmes (sex-ratio = 0,8). La moyenne d'âge était de 54 ans \pm 20. 47% des patients étaient tabagiques (n=19). Une pathologie respiratoire chronique était notée dans 64% des cas (n=26). , L'IGSII moyen était de 32 \pm 14 et l'APACHE moyen était de 10 \pm 5. Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 57% des patients (n=23). La PAC s'est compliquée précocement d'un état de choc septique dans 50% des cas (n=20) et d'un tableau de syndrome de détresse respiratoire aiguë(SDRA) dans 37% des cas (n=15) ; et tardivement d'une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique dans 37% des cas (n=15) et d'une infection liée au cathéter dans 15% des cas (n=6). l'antiboithérapie consistait en une monothérapie dans 25% des cas, une bithérapie dans 56% des cas, une trithérapie dans 19% des cas. La PAC sévère était documentée bactériologiquement uniquement dans 22,5% des cas. La médiane de ventilation mécanique était de 11 [6 ;27] jours. La durée de séjour moyenne en réanimation était de 15 \pm 14 jours. La mortalité globale dans cette série était de 37% (n=15). En analyse univariée, la mortalité était significativement plus élevée si l'IGSII > 32 (p=0,001) ou l'APACHEII > 12 (p=0,003), en cas de recours aux drogues vaso-actives (p=0,001) ou à la ventilation mécanique (p=0,01) et en cas d'installation d'un SDRA (p=0,02). **Conclusion:** La PAC sévère est associée à une mortalité lourde précoce liée à la gravité du tableau clinique ainsi que tardive liée à la survenue de complications de réanimation qui augmentent la morbidité surtout dans les suites d'une ventilation mécanique.

C4. LE SYNDROME DE REPONSE INFLAMMATOIRE SYSTEMIQUE (SIRS): EPIDEMIOLOGIE ET VALEUR PRONOSTIQUE AUX URGENCES

W. KAMKOUM, K. MAJED, S. HOUIMLI, S. LAHMER, S. OTHMANI, D. BELASFER, A. HAMAMMI, S. BEDHIEF, C. HAMOUDA, N. BORSALI FALFOUL. SERVICE DES URGENCES. CHU LA RABTA

Introduction : Le SIRS est un concept non spécifique qui a été longtemps corrélé à l'infection. Ses particularités aux urgences n'ont pas été évaluées. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'incidence du SIRS chez les patients admis aux urgences pour motif médicale et de dégager sa valeur prédictive en termes de morbidité et mortalité à 30 jours. Patients et méthode: Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive portant sur les patients admis en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) menée sur une période de trois mois (de juillet 2013 à septembre 2013). N'ont pas été inclus dans notre étude les malades de traumatologie ou nécessitant une chirurgie urgente, les dépôts de corps et les malades dont le séjour était moins d'une heure. Nous avons recherché le SIRS à l'admission et à 48 heures. 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 a été non médicalisé pour la grande majorité (94,5%). Les Comorbidités les plus observées étaient dominées par l'hypertension artérielle (35%) et le diabète (32,5%). Les motifs de consultation étaient dominés par la dyspnée (36%) suivi par les douleurs thoraciques (28%). 60 cas étaient en sepsis (30%) dont 43 avaient un SIRS, 25 cas étaient en sepsis sévère dont 23 avaient un SIRS sepsis et 5 cas en état de choc septique ayant un SIRS. 14 patients ont eu un remplissage par 30ml/kg de cristalloïdes et 4,5% des drogues vaso-actives. 7 patients ont été transférés en réanimation et la mortalité à 30 jours était de 14,5%. La présence d'un SIRS à l'admission a été corrélé avec le décès précoce ($p=0,00$) mais non corrélé avec la mortalité à 30 jours ($p=0,083$). De même un SIRS positif à 48 h d'hospitalisation a été corrélé avec le décès précoce ($p=0,011$) mais non corrélé avec la mortalité à 30 jours ($p=0,25$). Conclusion : Le SIRS est une entité non spécifique à l'infection. Il est observé chez la moitié des patients hospitalisés aux urgences et semble être corrélé avec la gravité initiale du tableau Clinique mais pas avec la mortalité à 30 jours.

C5. LE SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUË MODERE A SEVERE QUEL PRONOSTIC ?

Y. TOUIL , H. BEN SIK ALI , N. TILOUCHE, O. JAOUED, R. GHARBI, M. FEKIH HASEN, S. ELATROUS. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU TAHER SFAR. MAHDIA

Introduction: Le Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë (SDRA) est une pathologie fréquente en réanimation. La nouvelle définition de « Berlin » permet de distinguer, trois niveaux de gravité : SDRA minime ($200 < PaO_2/FiO_2 \leq 300$ mmHg), SDRA modéré ($100 < PaO_2/FiO_2 \leq 200$ mmHg) et SDRA sévère ($PaO_2/FiO_2 \leq 100$ mmHg). Objectifs : déterminer le pronostic du SDRA modéré à sévère et les facteurs prédictifs de mortalité. **Matériels et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique, étalée sur une période de 11 ans (2001 - 2012). Tous les patients hospitalisés en réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia et présentant un SDRA modéré à sévère étaient inclus dans l'étude. Les paramètres analysés étaient : les caractéristiques démographiques, les antécédents, le score de gravité, l'état de santé antérieur, le score de gravité (SAPSII), l'étiologie du SDRA, la conduite thérapeutique, la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique et la mortalité. **Résultats:** Durant la période de l'étude 52 patients (âge moyen 54 ± 19 , et SAPSII moyen 45 ± 9) étaient inclus. La pneumopathie infectieuse était la cause la plus fréquente du SDRA (94%). Le SDRA était associé à un choc septique dans 81% des cas. Vingt trois patients (44%) étaient ventilés avec un $VT < 6$ ml/kg. Le recours au décubitus ventral était de l'ordre de 52%. Une corticothérapie par solumédrol était administrée chez 17 patients (33%). La mortalité était de 62%. En analyse univarié, l'âge, la SAPSII et le score de Murray étaient significativement plus élevés chez les décédés. Le rapport PaO_2 / FiO_2 était de 110 ± 40 mmHg chez les survivants et 76 ± 29 mmHg chez les décédés ($p=0,001$). En analyse multivariée : l'âge (OR : 1,045 ; IC 95% [1,005 ; 1,08] ; $p=0,029$) était le facteur prédictif de mortalité. Par contre le rapport PaO_2 / FiO_2 était un facteur protecteur (OR : 0,974 ; IC 95% [0,951 ; 0,997] ;

p=0,027). **Conclusion:** La mortalité du SDRA modéré à sévère reste élevé dans notre service. L'âge était un facteur prédictif de mortalité.

C6. LE SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUE ETUDE DESCRIPTIVE A PROPOS DE 63 CAS.

K. CHTARA, N. BEN ILJIA, H. DAMMAK, O. TURKI, N. BACCOUCH, R. AMMAR, H. GHADHUNE, A. CHAARI, M. BAHLOUL, M. BOUAZIZ. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU HABIB BOURGUIBA. SFAX.

Introduction: Le syndrome de détresse respiratoire aigue est la forme la plus sévère d'insuffisance respiratoire aigue, secondaire à l'atteinte de l'intégrité de la membrane alvéolocapillaire en rapport soit avec une lésion pulmonaire ou en rapport avec un processus inflammatoire à distance. Représentant un problème majeur de santé, nous avons jugé intéressant d'étudier cette pathologie dans le service de réanimation du CHU Habib Bourguiba de Sfax dans le but : D'étudier le profil épidémiologique des patients atteints de SDRA, D'analyser les différents aspects cliniques, radiologiques et biologiques des SDRA, De déterminer les étiologies en cause. De préciser les différents aspects du traitement ventilatoire et curatif. **Matériels et méthodes:** Notre étude est prospective. Elle porte sur 63 patients adultes consécutifs ayant développé un ou plusieurs épisodes de SDRA, colligés au service de réanimation médicale du CHU Habib Bourguiba de Sfax sur une période de trois mois entre le 27/11/2010 et le 28/2/2011. **Résultats:** Durant ces trois mois, 240 patients ont été hospitalisés dans le service de réanimation médicale du CHU Habib Bourguiba Sfax dont 63 patients ont développé un SDRA, soit 26.3% de la population générale. L'âge moyen de nos patients a été de $51,8 \pm 20,1$ ans avec des extrêmes allant de 16 à 85 ans, sex ratio (H/F) égal à 2 ; Le SAPSII a varié de 9 à 69 points avec une moyenne de $34,75 \pm 12,83$ points. Le motif d'admission le plus observé était la détresse respiratoire (DR) chez 55 patients (88.0%). L'origine du SDRA a été extra-pulmonaire dans 18 cas (28.6%) et pulmonaire chez 45 patients. L'origine infectieuse pulmonaire était retrouvée chez 33 patients (52.8%), Tous nos patients ont été ventilés artificiellement en mode VC-VAC les jours de l'admission en réanimation. Le Volume courant/Poids idéal moyen été de $7,26 \pm 0,85$. La pression de plateau moyenne au cours du séjour en réanimation été de $31,57 \pm 2,31$. La durée moyenne de la VM des patients atteints de SDRA a été de $11,71 \pm 6,84$ jours. Les catécholamines étaient prescrites chez 57 patients (90.5%) le jour du SDRA. Le NO a été utilisé dans 4 cas (6.3%) à l'admission en réanimation et pour 9 patients (14.3%) au cours de l'évolution. Les complications les plus rencontrées sont d'ordre infectieux. vingt sept patients contractent une PASVM soit 42,9% des cas avec un délai moyen de 3 j+/- 1j. La mortalité globale durant cette période était de 23,8%. Parmi les 63 patients, trente six sont décédés dans le service soit 57% des cas.

C7. L'ADRENALINE AU COURS DES ETATS DE CHOC PAR SCA QUEL RAPPORT BENEFICES-RISQUES ?

W. BELKHIR, I. CHOUCHE, A. FARJALLAH, Y. HAMDAOUI, R. BOUNEB, A. KHEDER, ML. AMIRI, S. BOUCHOUCHA. SERVICE DE SOINS INTENSIVE. CHU FARHAT HACHED.SOUSSE

Introduction: L'adrénaline est réputée arythmogène et susceptible d'induire par vasoconstriction dans les territoires splanchniques une ischémie délétère. Son usage est de ce fait controversé dans les chocs cardiogéniques voire contre-indiqué au cours des chocs cardiogéniques par SCA. Nous rapportons notre expérience de l'usage de l'Adrénaline au cours d'états de choc graves par SCA. Le rapport bénéfices/risques de ce traitement est analysé. **Patients et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle s'étalant de Janvier 2010 à Juin 2013 et répertoriant tous les cas de chocs cardiogéniques par SCA traités par Adrénaline. L'analyse des patients a concerné leur particularités démographiques, leurs comorbidités et les caractéristiques du SCA (St + ou ST-, territoire, complications immédiates et évolution finale). Les effets de l'Adrénaline ont été évalués sur la correction de l'état de choc et la survenue de troubles du rythme. L'adrénaline a été administrée chez tous

les patients par titration tenant compte des effets hémodynamiques et de la survenue de troubles du rythme (dilution au 1/3 avec paliers de 0,1mg). **Résultats:** La cohorte étudiée est constituée de 20 patients (9 femmes et 11 hommes) dont l'âge moyen est de 71,8 ± 10 ans (extrêmes de 54 à 87 ans). Dans tous les cas il s'agissait de SCA ST+ (n=9) ou ST- (n= 11) compliqué d'état de choc de gravité variable (ICA grade 1, n = 5 ; ICA grade 2, n= 5 ; ICA grade 3,n= 10) avec détresse respiratoire par œdème pulmonaire. Les procédures habituelles de prise en charge n'ont pu être appliquées chez tous les patients en raison du retard de prise en charge ou de difficultés logistiques : 3 tentatives de reperfusion (2 thrombolyse et 1 angioplastie) se sont soldées par un échec. L'échocardiographie pratiquée chez 3 autres patients n'a pas révélé de complications mécaniques. L'état de choc a pu être corrigé chez 12 patients (60%, 8 cas réfractaires) dont 6 ont survécu. 3 TV ayant abouti au décès des patients mais sans lien avec la posologie d'Adrénaline ont été observées ; 2 cas dans les suites d'un ACR et un autre cas au cours d'un état de choc réfractaire. 2 TSV ont été également notées, mais les décès déplorés sont imputables dans un cas à un choc septique à point de départ vasculaire et le second à une extubation accidentelle.

Caractéristiques cliniques et évolutives sous Adrénaline de 2 états de choc par SCA

		ICA GRADE	IRA GRADE	POSOLOGIE MAX (mg/h)	CORRECTION ICA	ARYTHMIES	DECES
ANTERIEUR ETENDU	ST+ n=1	2	2	1	0	0	1/1
	ST- n=2	2	2	0.5	2	2 TV	2/2
ANTERO- SEPTALE	ST+ n=2	1	3	1.05	2	0	0/2
	ST- n=1	3	1	0.7	1	0	0/1
APICOSEPTO- LATERAL	ST+ n=1	1	1	0.7	1	0	1/1
	ST- n=3	1	3	2.83	0	0	3/3
CIRCONFÉRENTIEL	ST+ n=1	3	2	3	0	1 TV	1/1
INFÉRIEUR	ST+ n=1	2	1	1.3	0	0	1/1
	ST- n=2	3	2	1.4	2	1 TSV	2/2
INFÉRO- LATERAL	ST+ n=2	2	2	3.25	1	1 TSV	2/2
	ST- n=2	1	2	0.4	2	0	0/2
LATERAL	ST+ n=1	2	2	3.4	0	0	1/1
	ST- n=1	1	3	0.5	1	0	0/1
TOTAL	N = 20				12	3TV ; 2TSV	14

Conclusion: L'usage de l'adrénaline au cours d'états de choc par SCA graves (OAP+Choc sévère) a permis de rétablir l'état circulatoire dans 60% des cas. Des troubles du rythme ventriculaire (3TV) ou supraventriculaires (2TSV), sans corrélation avec la posologie de l'adrénaline, ont abouti à des décès où la part de l'adrénaline ne peut être seule en cause.

C8. LA SURINFECTION DE L'ŒDEME AIGU DU POUMON : SIMPLE ASSOCIATION OU AGGRAVATION MUTUELLE ?

Z. KHADIJA, K. MEJED, ASMA CH, OLFA M, NEILA M, C. HAMOUDA, N. BORSALI FALFOUL. SERVICE DES URGENCES. CHU LA RABTA

Introduction: L'œdème aigu du poumon(OAP) constitue le modèle présentation de l'insuffisance cardiaque le plus fréquent aux urgences. Cette présentation se trouve parfois compliquée par la présentation septique consécutive à la surinfection de l'œdème alvéolaire ou à l'association avec une pneumopathie. Dans cette étude nous nous sommes proposé d'étudier le profil épidémiologique et évolutif de l'OAP surinfecté par rapport à l'OAP simple.

Matériel et méthodes: Etude prospective menée au service des urgences de la Rabta sur une période de un an du 1er janvier au 30 décembre 2009. Le diagnostic de surinfection de l'œdème aigu du poumon a été retenu sur la présence d'une fièvre non expliquée par une autre porte d'entrée associée à et des expectorations purulentes et/ou d'un syndrome

inflammatoire biologique. **Résultats:** Parmi les 64433 patients ayant consulté les urgences, durant cette période, pour une pathologie médicale, le diagnostic d'OAP nécessitant l'hospitalisation en UHCD a été retenu chez 360 patients soit une incidence de 0,49%. Seuls 220 patients ont été inclus dans l'étude et ont été répartis en 2 groupes: - OAP non surinfecté: 148 cas G1 - OAP surinfecté: 72 cas G2 G1 = 148 cas G2 = 72 cas P AGE 68,86 ± 10,74 65,72 ± 13,25 NS SEXE RATIO 1 0,84 NS SIGNES CLINIQUES *Dyspnée *Douleur thoracique *Expectorations *Fièvre 140 38 15 6 62 8 17 16 0,031 0,13 0,008 < 0,05 pH : *Acidémie, nb, % *pH normal nb, % *Alcaliémie nb, % 39 (31, 45%) 23 (18, 54%) 62 (50%) 10 (15, 15%) 12 (18, 18%) 44 (66, 66%) NS GB, valeur moyenne els/ml 9989,73 11835,18 NS CRP, mg/dl 28,78 ± 74,56 63,81 ± 96,47 0,03 Troponines, valeur moyenne en ng/ml 2,1 ± 17,09 4,36 ± 14,48 0,041 Durée moyenne d'hospitalisation, nb Jours 59,06 78,59 0,01 < Devenir : *Sortie *Admission en cardiologie *Décès 124 10 14 59 3 10 NS DISCUSSION: Les caractéristiques démographiques de nos 220 patients rejoignent ceux retrouvés dans la littérature. Notre étude nous a permis de mettre en évidence qu'une valeur élevée de CRP et de troponines à l'admission peut être considérée comme étant un marqueur de surinfection chez les patients en décompensation cardiaque aiguë. La valeur pronostique de ces deux derniers marqueurs est connue dans la littérature traitant l'insuffisance cardiaque cependant dans notre étude, la surinfection de l'OAP a été corrélée avec une durée de séjour plus élevée mais pas avec la mortalité ceci peut être expliquée par le faible échantillon de notre étude. **Conclusion:** La surinfection de l'œdème aigu du poumon paraît être une cause de prolongation de la durée de séjour et aucune relation statistiquement significative n'a été retrouvée avec la mortalité. D'autres études incluant un plus grand nombre de malades pourrait mieux étudier la valeur pronostique de cette entité.

C9. PRISE EN CHARGE DES ETATS DE MAL CONVULSIFS EN REANIMATION A ZAGHOUAN.

H. BEN GHEZALA, MF. ABBÉS, M. KADDOUR, K. BEN TAHER, I. BEN CHEIKH. SERVICE DE REANIMATION, HÔPITAL ZAGHOUAN

Introduction : L'incidence de l'état de mal convulsif en réanimation est variable. Ses formes cliniques et étiologiques sont multiples. Sa prise en charge fait l'objet de recommandations actualisées dont les dernières datent de 2009. Depuis l'ouverture d'un service de réanimation à Zaghoun, on ne dispose pas de données précises sur les états de mal convulsifs qui y sont pris en charge. C'est ce qui nous a poussés à réaliser ce travail dont l'objectif principal est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutives des états de mal convulsifs en réanimation à Zaghoun. **Matériel et Méthodes:** Etude rétrospective mono centrique ayant inclut tout patient hospitalisé en réanimation à Zaghoun pour état de mal convulsif. Nous avons recueilli les données à partir de l'ouverture de ce service en Janvier 2011 jusqu'au 30 Novembre 2013. **Résultats:** 26 patients d'âge moyen 31+ 11 ans ont été pris en charge avec des extrêmes de 15 et de 65 ans. On a noté une prédominance masculine (n=19; 73%). Tous les patients sont arrivés aux urgences par transport non médicalisé. Il s'agit dans la plupart des cas d'un état de mal épileptique compliquant une épilepsie connue (n=17; 68%). Un état de mal convulsif inaugural a été retenu chez les autres patients (n=9; 34%) : une hypoglycémie (n=2), un traumatisme crânien (n=5), un accident vasculaire cérébral (n=3) et une méningo-encéphalite (n=1). La forme clinique prédominante est l'état de mal convulsif tonico-clonique généralisé (n=24; 92%). Aucun patient n'a bénéficié d'un électro-encéphalogramme. Sur le plan thérapeutique, tous les patients ont eu un contrôle des agressions cérébrales secondaires d'origine systémique (ACSOS). 17 patients (65%) ont nécessité une intubation et une ventilation mécanique. Les principaux antiépileptiques utilisés étaient le diazépam (n=18; 69%) et le phénobarbital (n=25; 96%). Sur le plan évolutif, six patients sont décédés (23%). La durée de séjour moyenne en réanimation était de 5+ 2 jours. **Conclusion:** Les caractéristiques de notre population sont comparables aux séries de la littérature. Nos résultats suggèrent que l'état de mal convulsif est une pathologie

C10. LA SEDATION EN REANIMATION : ETUDE RETROSPECTIVE COMPARANT LA REMIFENTANYL AU FENTANYL.

I. TALIK, K. RAHMA, H. BEN SIK ALI, Y. TOUIL, R. GHARBI, M. FEKIH HASEN, S. ELATROUS. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU TAHER SFAR. MAHDIA

Introduction: Le but de la sédation est d'assurer un confort pour les patients et de diminuer les risques d'ablation intempestive des matériaux indispensables pour la prise en charge. Les recommandations internationales, préconisent l'utilisation de fentanyl ou Sufentanyl. L'utilisation du rémifentanyl est évaluée selon le rapport bénéfice-risque. But : Déterminer l'impact de l'utilisation de la fentanyl comparée aux rémifentanyl en absence d'un protocole d'administration sur la morbidité et la mortalité. **Matériel et méthode:** C'est une étude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia. Deux groupes de patients sont individualisés groupe 1 : patients sédatisés par hypnovel et fentanyl et groupe 2 : patients sédatisés par hypnovel et remifentanyl. Les deux groupes étaient choisis au hasard à partir de la base de données du service puis appariés selon l'âge et le SAPS II pour obtenir deux groupes comparables. Paramètres recueillis étaient : Caractéristiques démographiques, état de santé antérieur, scores de gravités, motifs d'admission, groupe de l'étude, durée de la ventilation mécanique, durée de séjour, complications en réanimation et mortalité. **Résultats:** Durant la période de l'étude 74 patients (37 patients dans chaque groupe) d'âge moyen=60±19 ans et avec un SAPS II moyen 47±23 étaient inclus dans l'étude. La majorité des patients soit 28% étaient hospitalisés pour prise en charge d'un état de choc. En analyse univariée, les caractéristiques démographiques, les comorbidités, le SAPS II et les motifs d'admission étaient comparables entre les 2 groupes. La durée de la ventilation mécanique étaient de 9±8j dans le groupe rémifentanyl et 14 ± 17j dans le groupe fentanyl (P=0.131). La durée de la sédation dans le groupe rémifentanyl et dans le groupe fentanyl était respectivement 5±4j versus 5±5j (p=0.912). La mortalité était de 38% dans le groupe rémifentanyl et 35% dans le groupe fentanyl. La durée de séjour était similaire dans les deux groupes. **Conclusion:** Le type de la sédation (hypnovel+rémifentanyl ou hypnovel + fentanyl) paraît sans impact sur la morbi-mortalité des patients admis en réanimation.

C11. APPORT DE LA TOMODENSITOMETRIE CEREBRALE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT TRAUMATISE CRANIEN DANS UN SERVICE DE REANIMATION.

M. OUESLATI(1), M. AFFES(2), F. DALY(1), M. JRAD(2), S. ABDELLATIF(1), A. TRIFI(1), A. BEN ABDERAHIM(1), R. MANAI(1), M. BOUZIDI(1), H. KALLEL(1), S. BEN LAKHAL(1), H. MIZOUNI(2). (1)SERVICE DE REANIMATION MEDICALE.CHU LA RABTA. (2)SERVICE DE RADIOLOGIE.CHU LA RABTA

Introduction : Le scanner cérébral est l'examen de choix à réaliser en 1ère intention après un traumatisme crânien devant sa grande disponibilité, sa reproductibilité et son coût modéré. Le but de notre étude est d'évaluer l'apport de cet examen dans la prise en charge du traumatisé crânien. **Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective, menée au service de réanimation médicale du CHU de la Rabta incluant 32 patients successifs hospitalisés pour un traumatisme crânien. Le scanner cérébral est réalisé dans notre hôpital par la même équipe de radiologue. **Résultats :** 32 patients ont été inclus. L'âge moyen est de 37,93 ans avec des extrêmes de 17 et 70 ans. Le sex-ratio est de 3,57. Tous les patients ont bénéficié d'un scanner cérébral initial. Le motif était une altération de l'état de conscience dans 19 cas (40,6 %) et/ou une notion de perte de connaissance initiale dans 10 cas (31,3%) et/ou une crise convulsive dans 9 cas (28,1%). Le scanner était pathologique dans 27 cas (84,4%) avec un score de Marshall moyen de 2,25 ± 1,16 avec des extrêmes de 1 et 6 et un score de Rotterdam moyen de 2,68 ± 0,85 et des extrêmes de 1 et 5. Une indication neurochirurgicale a été posée grâce au résultat du scanner dans 4 cas. Un deuxième scanner était réalisé dans 23 cas soit 71,9%. -18 fois réalisés systématiquement (56,3%) dans un délai de 72 h en moyenne, -3 fois devant des signes cliniques d'engagement (9,4%) après 48 h en moyenne, -1 fois devant une mort cérébrale clinique au bout de 24h -1 fois devant l'absence de réveil après arrêt de la sédation (3,1%) après 144 heures. Le 2ème scanner a montré : -Des lésions stables voire en amélioration permettant l'arrêt de la

sédation et de commencer le sevrage de la ventilation mécanique dans 14 cas, -Une aggravation ou l'apparition de nouvelles lésions dans 9 cas dont l'impact était de renforcer le traitement médical de l'HTIC. Le score de Marshall des patients qui ont eu une aggravation est de $3,4 \pm 0,89$ versus $2,5 \pm 1,16$ chez les patients aux lésions scannographiques stables. **Conclusions** : Le scanner cérébral permet de déterminer un bilan lésionnel initial précis, d'indiquer des conduites thérapeutiques et de prédire le pronostic chez le traumatisé crânien. Il permet aussi d'objectiver des aggravations des lésions cérébrales non suspectées cliniquement au cours de l'évolution, ce qui nous mène à contrôler systématiquement à H 48 de l'évolution.

C12. L'HYPERLACTATEMIE A L'ADMISSION EST ELLE UN BON MOYEN DE PRONOSTIC DES PATIENTS DE REANIMATION ?

O. JAOUED, N. TILOUCHE, H. BEN SIK ALI, R. ATIG, R. GHARBI, M. FEKIH HASEN, S. ELATROUS. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU TAHER SFAR. MAHDIA

Introduction: L'intérêt du lactate en tant que substrat énergétique en situation pathologique est largement suggéré dans les situations avec crise énergétique comme le choc septique. Les modifications des voies métaboliques conduisant à une surproduction de lactate peuvent être responsables d'une élévation de la mortalité. Le but de cette étude est de déterminer si l'hyperlactatémie à l'admission est un facteur prédictif de mortalité. **Matériel et méthodes:** Il s'agit d'une étude prospective réalisée entre le 01 juillet 2011 et mars 2012 dans le service de réanimation médicale de l'hôpital CHU de Mahdia. Tous les patients hospitalisés en réanimation pendant cette période étaient inclus. Quatre groupes des patients étaient individualisés, groupe 1 : lactate <2 mmol/l, groupe 2 : $2 \leq$ lactate <4 mmol/l, groupe 3 : $4 \leq$ lactate <6 mmol/l et groupe 4 : lactate ≥ 6 mmol/l. Les paramètres recueillis étaient: les caractéristiques démographiques, le service d'origine, les co-morbidités, le motif d'admission, la lactatémie à l'admission, le score de gravité SAPS III, l'évolution en réanimation (infection nosocomiale, recours à l'hémodialyse), la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique et le devenir des patients. **Résultats:** Durant la période de l'étude, 256 patients (âge moyen : $58,5 \pm 2$ ans, SAPS III de 55 ± 15 , sexe ratio à 1,48) étaient inclus dans cette étude. Les motifs prédominants d'hospitalisation étaient : l'insuffisance respiratoire aigüe (49%) et les états de choc (28%). Une hyperlactatémie était présente à l'admission chez 119 patients (46%). La mortalité dans les groupes : 1, 2, 3, et 4 était respectivement de 17, 28, 35 et 46%. Le Tableau sous jacent illustre la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive, la valeur prédictive négative de la lactatémie dans la prédiction de la mortalité.

	Groupe1	Groupe2	Groupe 3	Groupe 4
Sensibilité	37	32	10	20
Spécificité	40	72.6	6	16
Valeur prédictive positive	17	30	35	46
Valeur prédictive négative	50	76.6	76	61

L'analyse par la courbe ROC montre que le lactatémie est un paramètre moyen dans la prédiction de la mortalité (aire sous la courbe: 0,64 ; IC 95 (0.56 – 0.73) $p=0.001$)

Conclusion: L'incidence d'une hyperlactatémie en réanimation est élevée. Dans cette étude le taux de lactates à l'admission n'était pas un très bon facteur prédictif de mortalité.

C13. LES FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC DES PATIENTS AYANT UNE INSUFFISANCE RENALE EN REANIMATION.

R. MANAI, F. DALY, S. ABDELLATIF, A. TRIFI, M. OUESLATI, A. BEN ABDERAHIM, M. BOUZIDI, H. KALLEL, S. BEN LAKHAL. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU LA RABTA

Introduction: L'insuffisance rénale constitue un facteur de mauvais pronostic pour les patients hospitalisés en réanimation et qui augmente leur mortalité arrivant jusqu'à 70%. L'objectif de notre étude est de déterminer les facteurs de mauvais pronostic chez l'insuffisant rénal en réanimation. **Matériels et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective, menée au service de réanimation médicale du CHU La Rabta durant une période de deux ans. Les patients qui présentent une insuffisance rénale soit à l'admission ou au cours de leurs hospitalisations ont été inclus. L'insuffisance rénale est définie selon les critères de RIFLE. Une analyse comparative a été réalisée entre le groupe des malades décédés

(Groupe D) et le groupe des malades dont l'évolution a été favorable (Groupe F). **Résultats:** 60 patients ont été inclus. Leurs caractéristiques principales figurent sur le tableau. L'analyse statistique des deux groupes montre des différences significatives concernant la durée de la ventilation mécanique ($p=0,007$), le score APACHEII (0,043), le SOFA (0,016), le volume plaquettaire moyen à 48 h d'évolution ($p=0,013$), la présence d'une déshydratation ($p=0,017$), d'un coma ($p=0,015$), d'une anurie ($p=0,002$) et l'indication d'une épuration extra-rénale ($p= 10^{-3}$). Discussion : La plupart des facteurs de mauvais pronostic que nous avons retrouvés sont conformes aux données de la littérature. Par contre, la présence d'une déshydratation et d'un âge avancé contrairement aux autres séries ne figurent pas avec cette liste. Ceci peut être expliqué pour la déshydratation, par le fait qu'il s'agit souvent d'une IRA pré-rénale dont le pronostic est bon après amélioration du débit rénal comme le démontre plusieurs études. Par ailleurs, on retrouve que la présence d'une altération de l'état de conscience et un VPM à H48 élevé sont des facteurs de mauvais pronostic. **Conclusions:** Certains facteurs de mauvais pronostic retrouvés étaient attendus par notre étude mais par ailleurs des notions nouvelles apparaissent : le VPM à H48 et l'altération de l'état de conscience. Ces données doivent être prises en compte pour la réalisation de nouveaux travaux.

C14. LORSQUE L'INFIRMIER DEVIENT «SECONDE VICTIME» DE L'ERREUR MEDICALE !

J. AYACHI, J. SEHLI, A. KHEDHER, R. BOUNEB, M. BOUSSARSAR. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. HOPITAL FARHAT HACHED. SOUSSE

Introduction: Les erreurs médicales demeurent un phénomène fréquent, souvent tabou et couteux en termes de morbi-mortalité, de soins supplémentaires et de baisse de la satisfaction à la fois des patients et des professionnels de santé. Ces derniers seront victimes de frustration, de perte de l'estime de soi et de vécu psychologique péjoratif pouvant retentir sur leur avenir professionnel. Ils sont qualifiés de «seconde victime» de l'erreur médicale. Objectifs: Examiner l'incidence et l'impact de l'erreur médicale de soin sur les infirmiers. **Méthode:** Enquête quantitative transversale, durant le mois de Mai 2013, dans les services internes du CHU Farhat Hached à risque potentiel élevé d'erreur médicale. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme auto-administré explorant les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des infirmiers et étudiant les détails de l'erreur médicales et ses répercussions somatiques, psychologiques et professionnelles. **Résultats:** Cinquante-huit parmi 70 infirmiers (82,9%) ont répondu au questionnaire. 20,6% exercent au service de réanimation médicale et 20,6% au service des urgences. Trente-huit infirmiers (65,5%) ont signalé avoir commis une ou plusieurs erreurs pendant leur exercice. Aucun décès consécutif à l'erreur n'a été rapporté. Les conséquences de l'erreur sur les patients étaient estimées par les répondants comme transitoires dans 36,9% des cas et permanentes dans 2,5%. Les répondants se sont estimés très responsables de l'erreur dans 60,5% des cas. Ils se sont sentis fortement marqués par l'incident dans 2,6% et faiblement marqués dans 60,5% des cas. Les symptômes physiques les plus rapportés après l'incident étaient le battement rapide du cœur (50%), la fatigue extrême (39,5%) et les troubles du sommeil (23,7%). Les symptômes psychiques étaient les flashbacks (73,7%), la colère (65,8%), l'anxiété (60,5%), et la baisse de la satisfaction au travail (47,4%). **Conclusion:** L'erreur médicale de soin est un événement fréquent au cours de l'exercice des infirmiers. Son impact physique, psychique et professionnel semble considérable. Cet impact est assez comparable aux données de la littérature. Ces résultats suggèrent la nécessité de la mise en place de procédures de prise en charge et d'accompagnement des secondes victimes.

C15. INTOXICATIONS AIGÛES PAR LES SULFAMIDES HYPOGLYCEMIANTS: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES.

I. FATHALLAH (1), A. M RAD (1), Y. BLEL (1), I. SEDGHIANI (1), S. HABACHA (1), K. MEDDEB K(1), M. MARZOUK M(1), A. KAROUI (2) H. ELGHORD (1), N. KOURAICHI (1), H. THABET (2), M. AMAMOU M(1), N. BRAHMI(1). (1) SERVICE DE REANIMATION. CAMU, SERVICE DES URGENCES. CAMU

Introduction: Les sulfamides hypoglycémiantes sont des antidiabétiques oraux fréquemment utilisés, notamment dans notre pays, du fait de leur prescription large dans le traitement du diabète de type 2. Peu étudiée, l'intoxication aiguë par les sulfamides hypoglycémiantes nécessite une surveillance rigoureuse car elle peut se compliquer d'hypoglycémie sévère.

Patients et méthodes: Etude rétrospective réalisée au service de réanimation médicale du CAMU sur une période de 32 mois allant de Janvier 2013 et incluant tous les patients hospitalisés pour intoxication aiguë aux sulfamides hypoglycémiantes. Pour chaque patient, nous avons colligés les données démographiques, Cliniques, paracliniques et thérapeutiques. Dans cette étude une glycémie capillaire inférieure ou égale à 0,65 g/l définissait une hypoglycémie. **Résultats:** 43 patients ont été inclus, 16 hommes et 27 femmes (sex-ratio=0,66). L'âge moyen était de 26±10 ans. Le caractère volontaire de l'intoxication était noté chez tous les patients. Seulement 5 patients (11,5%) étaient diabétiques et ont ingéré leur propre médicament; pour les autres, il s'agissait du traitement d'un parent. L'intoxication était mono-médicamenteuse dans 72% des cas (n=31) et poly-médicamenteuse dans les autres cas. Les 2 molécules de sulfamides hypoglycémiantes à l'origine de l'intoxication aiguë étaient la Glibinglamide dans 93% des cas (n=40) et la Glimépiride chez 3 patients. Dans les cas où l'intoxication était pluri-médicamenteuse la Metformine était le plus fréquemment associé (n=11) aux sulfamides hypoglycémiantes. Le délai médian de consultation aux urgences après l'intoxication aiguë était de 4 [2;5] heures. Les signes digestifs (douleur abdominale et/ou vomissement) étaient observés chez 20% (n=9) des patients surtout en cas d'ingestion concomitante de Metformine (n=6). L'hypoglycémie était présente dans 56% des cas (n=24); le délai moyen d'apparition de cette hypoglycémie par rapport à l'ingestion était de 7±4,5 heures avec des extrêmes à 1 et 22 heures. Cette hypoglycémie s'est compliquée de céphalée chez 9 patients (37%), de vertige chez 4 patients (16%), de sueur froide chez 7 patients (30%), de palpitation chez 8 patients (33%) et d'une altération de l'état de conscience chez un seul patient. Il y avait une faible corrélation entre l'apparition d'une hypoglycémie d'une part et la dose supposée ingérée de sulfamides hypoglycémiantes et les troubles digestifs d'autre part; avec un coefficient de corrélation r² respectivement de 0,007 et 0,001. Dans cette étude aucun patient n'a présenté une altération de son état hémodynamique. La quantité moyenne d'hydrate de carbone administrée par voie intraveineuse, en plus des apports entéraux, était de 220±156 grammes. La Durée médiane d'hospitalisation était de 18[14; 29] heures. **Conclusion:** L'intoxication aiguë par les sulfamides hypoglycémiantes est de plus en plus fréquente du fait de l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2. Elle nécessite une surveillance rapprochée et prolongée du fait de l'intervalle libre qui sépare la prise et l'apparition d'une hypoglycémie dont le traitement consiste à un apport prolongé et parfois important d'hydrate de carbone par voie intraveineuse afin d'éviter les complications.

C16. FACTEURS PRONOSTIQUES DES MALADIES SYSTEMIQUES ADMISES EN REANIMATION.

H. BEN LAKHAL, L. LARBI, A. JAMOSSI, T. MARHBENE, K. BEN ROMDHANE, J. BEN KHELIL, K. BELKHOJA, M. BESBES. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE - HOPITAL A. MAMI - ARIANA

Introduction: L'évolution des maladies systémiques peut être marquée par la survenue d'une poussée grave et/ou de complications nécessitant le recours à la réanimation. L'admission en réanimation des maladies systémiques est associée à une augmentation de la morbi-mortalité. Le but de notre étude était de déterminer les facteurs pronostiques des patients atteints de maladie systémique hospitalisés en réanimation. **Patients et méthodes:** il s'agit d'une étude rétrospective consistant en une revue systématique de tous les dossiers

des patients ayant une maladie systémique, admis en réanimation, entre janvier 1997 et septembre 2013. Ont été relevés, les données démographiques, l'état de santé antérieure, les données cliniques, les scores APACHE II et SOFA, les données biologiques, thérapeutiques et évolutives. Ces données ont fait l'objet d'une analyse statistique en régression logistique afin de déterminer les facteurs indépendants prédictifs de mortalité en réanimation. **Résultats:** Au cours de la période de l'étude, 65 patients ont été colligés. La médiane d'âge était de 45 ans et le sexe ratio de 0,62. La maladie systémique était inaugurale chez 10 patients (15,4%). Le lupus seul ou en association (33,8 % des patients), suivie de la polyarthrite rhumatoïde (23,1 % des malades) étaient les maladies les plus fréquemment rencontrées. Les médianes de l'APACHE II et du SOFA étaient respectivement de 18 et 4. Le diagnostic retenu était dominé par une complication infectieuse chez 29 patients (44,6%). Le recours à la ventilation mécanique a été nécessaire chez 47,7% des malades. Un choc septique était présent à l'admission chez 15 patients (23,1%). Au cours de leurs séjours 33,8% des patients avaient présentés une infection nosocomiale. La médiane de la durée de séjours était de 7 jours avec des extrêmes allant de 5 à 71 jours. Le taux de mortalité en réanimation était de 38,5% (25 patients). Après analyse multivariée, 4 facteurs indépendants prédictifs de mortalité en réanimation, ont été retenus: la présence d'un choc septique à l'admission (OR = 24,53 ; IC95% = 1,96-307,44 ; p = 0,013), le recours à la ventilation mécanique à l'admission (OR=7,47 ; IC95% = 1,24-45,00 ; p = 0,028), un score APACHE II \geq 18 (OR = 7,14 ; IC95% = 1,02-50,09 ; p = 0,048) et la survenue d'une infection nosocomiale (OR = 21,9 ; IC95% = 2,00-239,14 ; p = 0,011). **Conclusion:** La mortalité des patients atteints de maladies systémiques admis en réanimation est élevée. Les facteurs pronostiques sont dominés par la gravité du tableau clinique à l'admission et la survenue d'une infection nosocomiale.

C17. IMPACT DE LA VIE PROFESSIONNELLE SUR LA VIE PERSONNELLE EN MILIEU DE REANIMATION.

O. JAOUED, R. GHARBI, H. BEN SIK ALI, A. MAJDOUB, R. ATIG, N. TILOUCHE, M. FEKIH HASEN, S. ELATROUS. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. HOPITAL TAHAR SFAR. MAHDIA

Introduction: La prise en charge en réanimation nécessite une présence quasi-totale du personnel médical et paramédical. Les progrès en réanimation ont fait que le réanimateur doit être au courant des données actualisées. Ce défi peut retentir sur sa vie familiale. But de l'étude : Etudier l'impact de la vie professionnelle sur la vie personnelle en milieu de réanimation. **Matériels et méthodes:** L'étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire distribué aux services de réanimation médicale et d'anesthésie réanimation à l'EPS Taher Sfar de Mahdia. Ce questionnaire a été inspiré de deux échelles psychométriques « échelle de satisfaction de la vie professionnelle ESVP » et « Swing Survey Work Homel interaction-Nijmegen ». **Résultats:** Soixante douze questionnaires ont été distribués dans les services de réanimation médicale et d'anesthésie réanimation. Le taux de participation était de 80% (personnels paramédicaux 67% et médecins 33%). Soixante seize pourcent des participants estiment qu'ils ont du mal à remplir leurs obligations familiales à cause du travail et 83% (48) sont obligés à annuler des rendez-vous familiaux. Le retentissement sur la vie personnelle a été néfaste dans 57% des cas et 64% du personnel estiment que la cause réside dans les horaires du travail. Soixante et onze pourcent des participants se trouvent dans l'obligation de retarder un engagement personnel (mariage, désir d'enfant...) à cause du travail et 55% expriment le souhait de changer de service. Concernant la reconnaissance matérielles 83% estiment qu'ils ne sont pas payés à leur juste prix. En analyse univariée ont observe une différence significative dans la difficulté de remplir les obligations familiales dans le groupe des médecins et du personnel paramédical avec respectivement 95% vs 66% ; (p =0,02). Concernant le retentissement sur les relations dans la famille, on note un sentiment d'irritabilité plus important dans le groupe personnel paramédical (70%) vs (42%) ; p=0,02). En faisant une comparaison selon l'âge (<40 ans vs > 40 ans), les personnes plus âgées estiment plus que le travail a un effet bénéfique sur la vie personnelle (70%) vs (35%) ; p :

0,02] et qu'ils ne sont pas dans l'obligation d'annuler des engagements personnels (38%) vs (11%) ; p : 0,02). En analyse multivariée, le fait d'être médecin est un facteur protecteur avec plus d'effet positif sur la vie personnelle [OR : 0,13 ; IC95%(0,086-0,62) ; p:0,01] avec moins d'irritabilité [OR:0,13 ; IC95%(0,02-0,54) ; p :0,04]. **Conclusion:** Concilier entre vie privée et professionnelle n'est pas les vœux de tout un chacun. Plus on avance dans l'âge et dans l'hérarchie, la résolution de cette équation devient de plus en plus facile.

C18. ADMISSION DES PERSONNES TRES AGES EN REANIMATION. PROPOSITION D'UN SCORE D'AIDE A LA DECISION.

I. CHOUCHE, Y. HAMDIAOUI, H. MATEUR, R. BOUNEB, A. FARJALLAH, H. MBAREK, S. BOUCHOUCHA. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU LA RABTA

Introduction: L'évolution démographique de la population tunisienne (accroissement de l'espérance de vie de 50% en 50 ans) soumet les services de soins intensifs à une demande d'admission croissante de personnes âgées ou très âgées. La mortalité élevée de cette catégorie de patients (plus de la moitié) et une espérance et qualité de survie très limitée à leur sortie de réanimation, soulèvent de légitimes réticences à leur prise en charge, d'autant que la capacité en lits dans notre pays est nettement insuffisante. Le caractère aléatoire de la décision d'admission dépendant souvent plus de convictions personnelles que d'analyse objective, engendre des frictions entre médecins urgentistes hospitaliers, préhospitaliers, réanimateurs et parfois familles.

L'objectif de ce travail est de rationaliser les modalités d'admission à travers des critères objectifs. Un score d'aide à la décision d'admission est proposé à cet effet.

Patients et méthodes: Analyse rétrospective et analytique de 203 patients très âgés (≥ 80 ans) admis au Service de Réanimation Médicale du CHU F. Hached à Sousse durant une période de 10 ans Pour chaque patient, ont été recueillis les éléments démographiques, la nature des comorbidités, leur retentissement sur l'état de santé basal (score de Knaus, échelle de Mac CABE) et les caractéristiques de l'épisode aigu justifiant l'admission en Réanimation : étiologie, gravité globale (SAPS II, APACHE II, MPM à l'admission), degré d'altération des fonctions circulatoires, respiratoires, neurologiques et la nécessité des moyens invasifs (ventilation mécanique, épuration extra-rénale inotrope...). Les facteurs associés à la mortalité parmi les paramètres indiqués ont été recherchés par analyse uni et multivariée. Ceux liés de manière indépendante ont été groupés dans un score dont les performances ont été comparées à celles du SPAS II. **Résultats** Les résultats de l'analyse uni et multivariée des facteurs prédictifs de mortalité dans notre population de patients dont l'âge moyen est de 83.7 ans \pm 3.4 ans sont résumés dans le tableau qui indique par signification décroissante, les paramètres liés à la mortalité ANALYSE UNIVARIEE \geq Resume: L'évolution démographique de la population tunisienne (accroissement de l'espérance de vie de 50% en 50 ans) soumet les services de soins intensifs à une demande d'admission croissante de personnes âgées. La mortalité élevée de cette catégorie de patients (plus de la moitié) et une espérance et qualité de survie très limitée à leur sortie de réanimation, soulèvent de légitimes réticences à leur prise en charge, d'autant que la capacité en lits dans notre pays est nettement insuffisante. Le caractère aléatoire de la décision d'admission dépendant souvent plus de convictions personnelles que d'analyse objective, engendre des frictions entre médecins urgentistes hospitaliers, pré hospitaliers, réanimateurs et parfois familles. L'objectif de ce travail est de rationaliser les modalités d'admission à travers des critères objectifs. Un score d'aide à la décision d'admission est proposé à cet effet. **Patients et méthodes:** Analyse rétrospective et analytique de 203 patients très âgés (P ANALYSE MULTIVARIEE OR IC pondération SAPS <0.001 Insuffisance circulatoire aigue <0.001 Usage d'inotropes 0.001 4.04 2.1 – 7.75 4 Insuffisance rénale 0.001 2.46 1.37 – 4.76 2 Insuffisance respiratoire aigue 0.004 2.50 1.31 – 4.87 3 Score de Glasgow 0.01 Score de Knauss 0.04 Age NS Les défaillances circulatoires (et/ou usage d'inotropes) rénale et respiratoire apparaissent en analyse univariée les plus déterminants et l'analyse multivariée, les confirme comme facteurs indépendants. Le score groupant ces 3 facteurs révèle des performances (aire sous la courbe ROC, sensibilité et spécificité au niveau du cut-off optimal) supérieurs au SAPS II Aire ROC Cut-off Sensibilité (%) Spécifique (%) Score

proposé 0.755 3.5 73 70 SAPS II 0.675 39.5 75 56. **Conclusion:** Notre étude confirme que l'âge ne peut plus être pris en compte isolément pour décider de l'admission en réanimation d'une personne très âgée. Le score proposé groupant les principales défaillances vitales, se révèle par ailleurs outre sa simplicité, plus performant que le SAPS II et pourrait être ainsi un instrument de concertation entre urgentistes et réanimateurs pour la décision d'admission des personnes âgées en réanimation.

C19. FACTEURS DE PRONOSTIC DES MALADIES DE SYSTEME EN REANIMATION : ETUDE RETROSPECTIVE DE 16 DOSSIERS.

A. TRIFI, S. ABDELLATIF, A. BEN ABDERRAHIM, F. DALY, M. OUESLATI, M. BOUZIDI, R. MANAI, H. KALLEL, S. BEN LAKHAL. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE CHU LE RABTA

Introduction/ Problématique : Les maladies systémiques (MS) font référence aux affections auto-immunes parmi lesquelles on distingue les connectivites et les vascularites systémiques et constituent un motif rare d'admission de l'ordre de 1%. L'admission en réanimation est secondaire à une défaillance d'organe qui peut être liée à la maladie sous-jacente ou à une infection intercurrente. Le but de notre étude est d'identifier les éléments pronostiques de ces maladies en réanimation. **Méthode et Patients:** Étude rétrospective portant sur deux ans au service de réanimation médicale CHU la Rabta qui a inclus aussi bien les patients connus porteurs d'une MS avant l'admission en réanimation que les patients où le diagnostic a été posé en réanimation et on a comparé les survivants versus décédés afin d'identifier les facteurs pronostiques. **Résultats:** L'étude a inclus 16 patients (12F et 4H) âgés de 44 ± 12 ans d'IGS II à 36 ± 13 . Le diagnostic de MS était connu avant l'admission en réanimation 13 fois; il s'agit d'un Lupus Erythémateux systémique (n=6), d'une vascularite microangiopathique (n=3), d'Amylose diffuse (n=2), maladie de Behçet (n=1) et maladie de Gaucher (n=1). Le diagnostic de MS a été découvert en réanimation dans 3 cas: un Sd des anti-synthétases (Ac anti J01+) révélé par SDRA, un Sd des antiphospholipides catastrophique révélé par EME sur thrombophlébite cérébrale étendue et un Sd de Good Pasture révélé par une pneumopathie hypoxémiant. Le principal motif d'admission était une insuffisance respiratoire aiguë : n=9. Une ventilation artificielle a été nécessaire dans 11 cas. Neuf patients sont décédés (56%) dont 3 par choc septique réfractaire suite à une infection nosocomiale. Discussion : La mortalité est importante à 56% avec 4 décès/9 survenus précocement (72H) ce qui traduit une gestion d'admission non restrictive. Les facteurs liés à une surmortalité on retrouve l'IGS II, une complication inaugurale de la MS (mortalité à 100%), le recours à la VMC et aux catécholamines et la survenu d'une infection nosocomiale qui sont des résultats conformes aux données de la littérature. L'état de santé antérieur, la corticothérapie au long cours ou le traitement par immunosuppresseurs et le recours à l'EER ne semblent pas liés à une surmortalité, ces avis sont partagés dans la littérature. **Conclusion:** Nos résultats montrent un taux de mortalité considérable des MS en réanimation. La détresse respiratoire est le motif le plus fréquent. Les facteurs découverts ayant une connotation péjorative sont l'IGSII, la découverte de la MS en réanimation et le recours à la VMC. Un complément d'études sur des populations plus larges s'avère nécessaire pour vérifier ces résultats.

Pièce 2 : Tableau (en face de la session posters électroniques)

SESSIONS POSTERS ELECTRONIQUES

THEME INFECTIOLOGIE

P1. PURPURA FULMINANS EN REANIMATION PEDIATRIQUE (Etude de 5ans).

I.MAJDOUB*, I.MAALLOUL**, K.BAKLOUTI*, L.GARGOURI*, N.OMRI*, W.JARRAYA*, B.MAALEJ*, M.HSAIRI*, T.KAMMOUN**, M.HACHICHA**, A.MAFOUDH*

*SERVICE DE PEDIATRIE, URGENCES ET REANIMATION PEDIATRIQUES. CHU HEDI CHAKER SFAX. **SERVICE DE PEDIATRIE. CHU HEDI CHAKER SFAX

Introduction: Le Purpura Fulminans se définit comme l'association de fièvre, de lésions purpuriques vasculaires, d'un état de choc et des signes de CIVD. Il représente 29% des infections invasives à méningocoque avec une mortalité pouvant atteindre de 20-25% .5 à 20% des survivants développent des complications. Ceci souligne l'importance d'un diagnostic précoce de cette pathologie. Objectifs : Evaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ainsi que le devenir des enfants ayant présenté un purpura fulminans. **Matériel et méthodes:** Une étude rétrospective qui a concerné les enfants admis au service de pédiatrie du CHU Hédi chaker Sfax pour purpura fulminans (2008-2013) Résultats : Durant les 5 années d'étude, on a colligé 4 patients atteints de purpura fulminans. Il s'agit de 2 filles et 2 garçons. L'âge des patients variait entre 2 mois à 2ans et demi. Le délai moyen de prise en charge était de 10 heures .Le tableau clinique était dans les 4 cas un purpura fébrile extensif avec troubles hémodynamiques et altération de l'état de conscience. Les hémocultures ont été positives dans 1 seul cas montrant un méningocoque de sérotype B. L'étude du LCR a montré une réaction cellulaire dans 1 cas et elle était normale dans les autres cas. La prise en charge du purpura fulminans a consisté en une administration rapide de l'antibiothérapie, une correction des troubles hémodynamiques par des remplissages et des drogues vasoactives dans tous les cas, associés la ventilation assistée dans 3 cas. Le décès est survenu dans 3 cas sur 4, le jour même de l'hospitalisation en réanimation dans 2 cas et après 1 semaine dans 1 cas. L'enfant survivant n'a pas gardé de séquelles. **Conclusion :** Tout purpura fébrile est un purpura fulminans jusque preuve du contraire. Dans ce cas il faut administrer en urgence une antibiothérapie à base de Ceftriaxone ou Céfotaxime (ou Amoxicilline) par voie intraveineuse ou intramusculaire et transférer le malade en urgence vers un milieu de réanimation spécialisé.

P2. SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGU SECONDAIRE A UNE VARICELLE (A propos d'un cas)

I.MAJDOUB, K.BAKLOUTI, L.GARGOURI, N.OMRI, W.JARRAYA, B.MAALEJ, M.HSAIRI, A.MAFOUDH. SERVICE DE PEDIATRIE, URGENCES ET REANIMATION PEDIATRIQUES. CHU HEDI CHAKER SFAX

Introduction: nous rapportons un cas de SDRA secondaire à une varicelle grave chez un enfant traité par chimiothérapie et nous insistons sur la gravité de ce tableau et sur les modalités thérapeutiques et évolutives. **Observation:** Enfant de 6 ans, suivi pour une leucémie aigue lymphoblastique type B sous chimiothérapie, est hospitalisé pour détresse respiratoire. A l'examen il avait une éruption cutanée typique de varicelle, une polypnée à 80 c/min avec signes de lutte marqués et des crépitants diffus aux 2 champs pulmonaires. La radiographie thoracique a montré des opacités alvéolo-interstielles diffuses et la gazométrie a objectivé un rapport PaO2/ FiO2 à 50 en faveur d'un SDRA sévère. L'échographie cardiaque a permis d'exclure une cardiopathie. Notre conduite à tenir était la ventilation mécanique, un traitement par acyclovir mais l'évolution était rapidement fatale. Conclusion : A travers ce cas nous insistons sur le caractère rapidement agressif de cette pathologie et que le pronostic est sévère surtout chez un terrain fragilisé. D'où l'intérêt d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces et optimaux et surtout d'entreprendre les mesures préventives d'isolement et d'hygiène en cas d'immuno-dépression.

P3. LA PNEUMOPATHIE VARICELLEUSE CHEZ L'ADULTE IMMUNOCOMPÉTENT- A PROPOS D'UN CAS.

F. MEDHIOUB, R. AMMAR, N. BEN ALGIA, R. ALLELA, A. CHAARI, H. CHELLY, C. BEN HAMIDA, H. DAMMAK, M. BAHLOUL, M. BOUAZIZ. SERVICE DE REANIMATION POLYVALENTE CHU HABIB BOURGUIBA SFAX

Introduction: La varicelle représente la primo-infection par le VZV. Il s'agit habituellement d'une affection bénigne de l'enfance. La varicelle de l'adulte immunocompétent est une pathologie plus rare mais potentiellement plus grave que chez l'enfant avec des formes très extensives et/ou hémorragiques, des localisations viscérales d'emblée, ou grevée de complications dont la plus sérieuse est la pneumopathie varicelleuse au pronostic hautement imprévisible. **Patient et méthodes:** Nous rapportons l'observation d'un patient immunocompétent hospitalisé en milieu de soins intensifs pour pneumonie varicelleuse nécessitant le recours à la ventilation mécanique. **Résultats :** Patient F. âgé de 42 ans, tabagique à raison de 10 paquets années, sans autre antécédent pathologique particulier, qui présente depuis une semaine, une éruption cutanée prurigineuse, s'étendant sur tout le corps évoluant dans un contexte fébrile. Deux jours après, apparaît une dyspnée d'aggravation progressive, avec une toux ramenant des expectorations purulentes et hémoptoïques. L'examen à l'admission trouve un patient fébrile à 39,3°C; une pression artérielle à 150/80 mmHg, une tachycardie à 110 battements par minutes, une polypnée avec une fréquence respiratoire à 28 cycles par minutes et une saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls à 83% en air ambiant. Les lésions cutanées sont généralisées, prédominantes au niveau de la face et des membres, faites de maculopapules, de vésicules, de croûtes et de pustules. On retrouve des adénopathies cervicales, axillaires et inguinales. A l'auscultation pulmonaire, on note des râles crépitants diffus au niveau des deux champs pulmonaires. La radiographie thoracique montre des opacités alvéolo-interstitielles bilatérales, mal limitées, prédominantes aux bases. La gazométrie artérielle sous 2 litres d'oxygène révèle une hypoxémie à 58,5 mm Hg, une hypocapnie à 33,8 mm Hg, pH=7,49 et une SaO₂=92%. A la biologie : une hyperleucocytose à 17400 GB (prédominance lymphocytaire), la fonction rénale et hépatique sont correctes. Le sérodiagnostic revient positif pour une primo-infection par le VZV. Le malade a été mis sous Zovirax : 750 mg iv/8h (10mg/kg/8H), associé au Claforan iv : 1g/8h, une oxygénothérapie nasale (4 litres / min) et des soins cutanés. L'évolution a été marquée par la dégradation de son état respiratoire nécessitant le recours à la ventilation mécanique. Un prélèvement trachéal distal réalisé à j6 d'hospitalisation revient positif à *Acinetobacter baumani*. Le Claforan a été arrêté et le patient a été mis sous Tienam 0.5 g iv/6h et Colimycine 2 millions iv/8h associé au Zovirax : 750 mg iv/8h. Le patient a été extubé à j 20 d'hospitalisation avec une évolution favorable. **Conclusion:** La pneumonie varicelleuse est une complication assez fréquente et redoutable au cours de l'infection par le virus de la varicelle. Elle peut être rapidement fatale. Le traitement antiviral par Acyclovir améliore le pronostic.

P4. RIFAMPICINE – COLISTINE INTRAVEINEUSE POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS GRAVES A ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRESISTANT

S.NAKHLI, K.GAHBICHE, S.SMAIRI, T. GUIZANI, A. AMARA, H. CHEMCHIK, W. NAIJA, R. SAID. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL - SOUSSE

Introduction: L'*Acinetobacter baumannii* est l'un des germes les plus incriminés dans les infections nosocomiales dans le monde. L'imipénème a été le traitement de choix de ce germe pendant de longues années. L'émergence récente de souches multi résistantes a incité à rechercher d'autres alternatives à l'imipénème. Nous rapportons une série de dix cas d'infections à *Acinetobacter baumannii* traitées par l'association intraveineuse de rifampicine-colistine. **Méthodes:** Tous les patients hospitalisés en réanimation ayant développé une infection à *Acinetobacter baumannii* multi résistant. Le diagnostic de l'infection était basé sur des données cliniques et des prélèvements bactériologiques. Ces patients avaient été traités par une association de rifampicine – colistine intraveineuse. L'imipénème avait été associé pour les cas de sensibilité intermédiaire. **Résultats:** En 17 mois, 8 patients (52 ± 31.41 ans) ont développé un sepsis grave en rapport avec une infection à *Acinetobacter baumannii* multi

résistant. Ce germe a été isolé trois fois sur prélèvement distal protégé, deux fois dans du pus péritonéal, deux fois dans le cadre d'une infection sur cathéter central. L'imipénème a été associé trois fois à la rifampicine et à la colistine. La durée moyenne du traitement était de 11 ± 4.9 jours. L'évolution a été favorable dans 7 cas. **Conclusion:** Il s'agit de notre première expérience clinique d'utilisation de la rifampicine associée à la colistine intraveineuse dans le traitement des infections nosocomiales à *Acinetobacter baumannii* multi résistant. Malgré le nombre limité des patients les résultats semblent encourageants

P5. PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES INFECTIONS À ACINÉTOBACTER BAUMANNII DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION MÉDICALE

Y. TOUIL, I. TALIK, H. BEN SIK ALI, R. GHARBI; M. FEKIH HASEN; S. ELATROUS. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU TAHER SFAR. MAHDIA

Introduction: *Acinetobacter baumannii* est un bacille Gram négatif non fermentant ubiquitaire impliqué principalement dans les infections nosocomiales et souvent responsables de tableaux graves en particulier chez les patients fragilisés. Naturellement résistant à de nombreux antibiotiques, il est caractérisé par une capacité particulière d'émergence de souches résistantes. But de l'étude : Étudier le profil épidémiologique des infections nosocomiales à *Acinetobacter baumannii* dans un service de réanimation médicale et identifier les facteurs prédictifs d'acquisition de résistance aux carbapénèmes et son impact sur le pronostic. **Matériels et méthodes:** Étude rétrospective réalisée au service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar Mahdia sur une période de 18 mois entre Janvier 2012 et Juin 2013. Tous les patients ayant présenté une infection nosocomiale à *Acinetobacter baumannii* étaient inclus. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques; le score de gravité (SAPS II); le site de l'infection; l'exposition antérieure aux antibiotiques; le profil de résistance du germe; la durée de séjour et la mortalité. **Résultats:** Vingt et un patients d'âge moyen 64 ± 19 ans avec un sexe ratio à 2 étaient inclus dans l'étude. La porte d'entrée de l'infection nosocomiale à *Acinetobacter* était principalement pulmonaire dans 81% des cas. Le germe était résistant aux carbapénèmes dans 80% des cas et aux aminosides dans 57% des cas. Il est sensible à la Colimycine et Tigecycline dans 90% et 85% des cas respectivement. La mortalité était de 50% dans le groupe *Acinetobacter* sensible aux carbapénèmes (2 patients sur 4) contre 70% dans le groupe *Acinetobacter* résistant (12 patients sur 17) avec une $p=0,44$. Aucun facteur n'a été identifié comme prédictif de résistance aux carbapénèmes en particulier le délai de survenue de l'infection par rapport à l'admission, la source de l'infection et l'exposition antérieure aux antibiotiques. **Conclusion:** Les infections nosocomiales à *Acinetobacter baumannii* sont associées à une mortalité élevée, majorée par l'acquisition d'une résistance aux carbapénèmes. La différence n'était pas significative dans notre étude du fait de la taille réduite de l'échantillon. Le contrôle de ce germe représente un véritable défi pour les microbiologistes ainsi que les cliniciens et passe par l'adoption des mesures préventives fondées sur le respect des règles d'hygiène et d'asepsie.

P6. ENDOCARDITE SUR PACE MAKER

K. GAHBICHE, T. GUIZANI, T. TRIMECH*, S. HAMAYEL*, S. NAKHLI, A. AMARA, H. CHEMCHIK, W. NAIJA, R.SAID. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL - SOUSSE

Introduction: L'implantation de sondes de stimulation endocavitaires de pacemakers (PM) est aujourd'hui couramment pratiquée en cardiologie. L'infection des sondes de stimulation pose des difficultés diagnostiques et thérapeutiques liées à l'existence d'un corps étranger, à sa position intra vasculaire et au terrain sur lequel elle survient. **Observation:** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 58 ans diabétique porteuse d'un pace maker pour BAV complet depuis Décembre 2012 et qui a bénéficié d'un changement de boîtier devant la survenue de lipothymies. Un mois après, elle a présenté de la fièvre, l'échographie transoesophagienne a montré une végétation de 5mm sur la sonde ventriculaire près de la valve tricuspide, les hémocultures ont mis en évidence un germe type *Pseudomonas aeruginosa*, le diagnostic d'endocardite infectieuse (EI) sur sonde de pace a été retenu et

l'antibiothérapie instaurée. L'évolution initiale était favorable avec des hémocultures négatives et une apyrexie, les antibiotiques ont été arrêtés après 45 jours mais la patiente a rechuté avec apparition de décharges bactériennes motivant l'indication opératoire en urgence pour ablation de la sonde endocavitaire sous circulation extra corporelle. L'évolution finale était favorable, la patiente est sortie de la réanimation à j 30. IV- Discussion et Conclusion : La prise en charge thérapeutique des patients avec endocardite sur sonde de pacemaker est délicate et controversée en l'absence d'étude prospective comparant une antibiothérapie seule (traitement médical) à la combinaison d'une antibiothérapie et d'un retrait du matériel infecté (traitement médico-chirurgical). Le retrait des électrodes n'est pas toujours simple, l'encrage de la sonde au niveau ventriculaire empêche l'ablation par traction et impose une sternotomie sous circulation extracorporelle. Dans les formes avec infection de la sonde de stimulation avec ou sans greffe valvulaire associée le pronostic est globalement bon : 9 % de mortalité dans la série multicentrique française. La greffe infectieuse sur le PM aurait essentiellement lieu au moment du changement de boîtier, l'infection peut se révéler précocement. Lorsque le Pace Maker est implanté depuis plusieurs années, l'ablation des sondes est délicate. Lorsque l'antibiothérapie adaptée n'arrive pas à supprimer le syndrome infectieux, la chirurgie devient alors indispensable.

P7. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, ETIOLOGIQUE ET EVOLUTIF DE L'INFECTION BACTERIENNE CHEZ LE CIRRHOTIQUE : ETUDE RETROSPECTIVE

S. KHEDHER*, M. HAJJI*, L. MOUELHI**, M. SALEM*, F. HOUISSA**, K. EL JERY**, S. BOUZAIDI**, Y. SAID**, H. MEKKI**, R. DEBBECHE**, T. NAJJAR**. * UNITE DE SOINS INTENSIFS DIGESTIFS- ** SERVICE DE GASTROENTEROLOGIE-EPS C. NICOLLE-TUNIS

Introduction: Les infections bactériennes sont des complications fréquentes chez les malades cirrhotiques hospitalisés se situant entre 30 et 50%. Celles qui concernent le liquide d'ascite, les urines et/ou le poumon sont les plus rencontrées. But : Rappporter les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques de l'infection au cours de la cirrhose en décompensation. **Matériel et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre 01 janvier 2011 et 01 janvier 2013. Elle a intéressé tous les cirrhotiques admis consécutivement pour décompensation et ayant comme facteur déclenchant une infection documentée. Les données démographiques, cliniques ainsi que les attitudes thérapeutiques ont été relevées à partir des dossiers médicaux. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées au moyen du logiciel SPSS VERSION 18. **Résultats:** Parmi un collectif global de 135 malades, 79 cirrhotiques ont été inclus dont 42 femmes et 37 hommes ayant un âge moyen de 63 ans (32-87). L'hépatite C était l'étiologie la plus dominante retrouvée dans 53.2% des cas et le principal motif d'hospitalisation était une décompensation œdémato-ascitique (67.5%). la cirrhose était classée selon le score de Child-Pugh en stade A (5.1%), B (62%) et C (32.9%). le score MELD moyen était initialement à 39.8(30-86). Sur le plan clinico-biologique, la température moyenne était de 37.4°(39.4-36.2), le taux moyen des paramètres biochimiques étaient comme suit : le nombre de GB à 6913 / μ l(1400-23960), des plaquettes à 95000(11400-398000), l'INR à 1.7(1-8.6), le TP de 55% (13-100), la CRP à 31.7 mg/l(7-221), la BT à 32mg/l(2.6-223), la créatinémie à 10.9mg/l (3-55) et 99 μ mol/l(45-485), l'urée à 8mmol/l(2-29), la natrémie à 135mmol/l(142-125), l'albumine à 25 g/l(13-40). Le site infectieux chez ces cirrhotiques était pulmonaire (43.8%), urinaire(31.3%), ascitique(ILA) (13.8%) ou cutané (10%). Les germes ont été isolés dans 52.5% des cas au niveau de l'ECBU (21.3%), des HC (10%), du LA(21.5%) et l'ECBC(1.3%). Ces germes sont dominés par l'E. Coli (26.6%) et le KP (13.9%). Le traitement de première intention était basé sur les C3G (26.6%), l'Amoxicilline/Ac. clavulanique (26.6%) et les quinolones (21.5%). L'adaptation de l'antibiothérapie était nécessaire dans 11.4% des cas et le recours aux IMIPENEMES était indispensable dans 5.2% des cas. L'évolution durant le séjour se caractérisait par la survenue du SHR dans 10.1% des cas, du décès dans 19% des cas, d'encéphalopathie (3.8% des cas), d'état de choc septique (3.8% des cas) et d'une dégénérescence dans 6.3% des cas. Dans notre étude, on a noté que le motif d'hospitalisation ($p=0.03$), le type de germe ($p=0.03$) et le

recours aux changements d'ATB ($p=0.01$) étaient des facteurs significativement associés à la mortalité. Le taux de créatinénémie ($p=0.03$), de Na^+ ($p=0.008$) et Le MELD scores étaient des facteurs qui précipitaient la survenue du SHR et d'EH. **Conclusion:** La survenue de l'infection chez le cirrhotique décompensé est un événement grave qui témoigne de la sévérité de l'insuffisance hépatique sous-jacente et aussi un facteur aggravant du pronostic.

P8. LES ENTEROBACTERIES SECRETRICES DE CARBAPENEMASES : LA NOUVELLE MENACE

T.MERHABENE(1), D. LAKHDAR1, A. GHARIANI2, A. JAMOSSI1, K. BEN RHOMDHANE1, E. MHIRI2, J. BEN KHELIL1, L. SLIM2, K. BELKHOUSA1, M. BESBES1. 1 SERVICE DE REANIMATION MEDICALE - HOPITAL A MAMI - ARIANA. 2 LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE - HOPITAL A MAMI. ARIANA.

Introduction: Depuis leurs premières descriptions en 1996, les entérobactéries sécrétrices de carbapénémases avaient rapidement émergé dans les unités de soins intensives. L'infection nosocomiale par ces souches est associée à une augmentation de la morbi-mortalité, d'autant plus que l'arsenal d'antibiotiques efficaces est très réduit. De ce fait, ces souches représentent une nouvelle menace pour la santé publique. Le but de notre étude était de décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives des infections nosocomiales à entérobactéries sécrétrices de carbapénémases. **Matériel et méthodes:** il s'agit d'une étude rétrospective consistant en une revue systématique de tous les dossiers des patients admis en réanimation, entre septembre 2011 et novembre 2013. Ont été relevés, les données démographiques, les données cliniques, les scores APACHE II et SOFA, les données biologiques, thérapeutiques et évolutives. **Résultats:** Au cours de la période de l'étude 17 patients ont été inclus. 10 patients étaient de sexe masculin. La médiane d'âge était de 60 ans. Les médianes des scores APACHE II et SOFA étaient respectivement de 18 et 6. Une antibiothérapie antérieure a été relevée chez 9 patients. Le motif principal d'admission était dominé par la détresse respiratoire chez 11 patients. A l'admission, la ventilation mécanique invasive était nécessaire chez 15 patients. La médiane du délai de survenue de l'infection à entérobactéries sécrétrices de carbapénémases était de 17 jours. Avant la survenue de l'infection à entérobactéries sécrétrices de carbapénémases, 14 patients avaient reçu une antibiothérapie, dominées par l'imipénème chez 10 patients. Les sites de l'infection étaient pulmonaire chez 12 patients, urinaire chez 4 et bactériémique chez 6 patients dont 4 liées aux cathéters. L'entérobactérie isolée était une *Klebsiella pneumoniae* chez tous les patients. Toutes les souches étaient résistantes aux carbapénèmes et aux quinolones et sensibles à la colistine, la tigécycline et la fosfomycine. L'antibiothérapie prescrite était la colistine en monothérapie chez 14 patients. Un patient était traité par la tigécycline et un autre par l'association fosfomycine et rifampicine. La médiane de la durée de l'antibiothérapie était de 10 jours. L'infection s'est compliquée d'un choc septique chez 6 patients. Parmi eux 5 avaient présenté un SDRA. La médiane de la durée de séjours était de 36 jours avec des extrêmes allant de 22 à 77 jours. 11 patients (64 %) étaient décédés. **Conclusion:** l'infection nosocomiale à entérobactéries sécrétrices de carbapénémases commence à émerger dans nos unités de réanimation. Elle est associée à une augmentation de la mortalité. Une stratégie préventive, rigoureuse et multidisciplinaire doit être mise en place basée essentiellement sur le bon usage des antibiotiques.

P9. ÉTUDE DES PRATIQUES MEDICALES ET PARAMEDICALES EN MATIERE DE PREVENTION DES INFECTIONS A TRANSMISSION CROISEE EN MILIEU DE SOINS INTENSIFS POLYVALENT.

A. MAALOUCH, S. AYED DELLA, N. KHELIL, Y. BEN AICHA, A. SKOURI, Z. BOUSLEH, MH. KAMMOUN, K. OUNALLI, M. MASMOUDI, Y. AMARA. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION, HOPITAL DES FSI DE LA MARSA.

Introduction: Le respect des règles universelles d'hygiène par le personnel soignant en milieu de soins intensifs est le seul garant pour la prévention des infections nosocomiales et de leur transmission. Objectif : cette étude a pour but d'évaluer les pratiques quotidiennes du personnel soignant et de son adhésion aux règles d'hygiène dans les unités de soins

intensifs. **Matériels et méthodes:** Il s'agit d'une étude transversale, observationnelle réalisée dans le service de réanimation de l'hôpital des FSI de la Marsa. Un questionnaire anonyme a été distribué en un jour donné à tout le personnel médical et paramédical du service (infirmiers, résidents et séniors), et rempli instantanément. Le questionnaire relevait essentiellement des moyens de préventions entrepris par le personnel au cours des soins prodigés : tenue vestimentaire, lavage des mains, qualité du lavage, et précautions entreprises au cours de la réalisation des gestes invasifs. **Résultats:** Les fiches ont été distribuées à tout le personnel médical et paramédical du service (neuf infirmiers, quatre résidents, quatre séniors). Le taux de participation était de 80%. Lors de la réalisation des soins quotidiens, 66% du personnel ne portent pas systématiquement de calot ou de bavette, et 58% ne portent pas systématiquement de gants. Quarante deux pour cent du personnel ne pratique pas de lavage des mains de façon systématique avant la réalisation des soins. Toutefois, depuis l'introduction de la solution hydro-alcoolique dans le service, le taux de friction des mains est estimé augmenté à 75%. Environ la moitié du personnel se change de tenue de travail quotidiennement. Lors des procédures d'isolement de contact, seulement 40% du personnel est adhérent. Au cours des gestes invasifs : tout le personnel se prépare de façon stérile : friction des mains par la solution hydro alcoolique, port de calot et de bavette, port de gants stériles. **Conclusion:** cette étude a montré que les gestes élémentaires d'hygiène sont respectés au cours des procédures invasives. Cependant, plus d'effort est à fournir en matière de sensibilisation et d'éducation à l'hygiène des mains et lors des soins ordinaires.

P10. INFECTIONS NOSOCOMIALES EN REANIMATION : INCIDENCE ET ETUDE DE L'ÉCOLOGIE BACTERIENNE

Y. BEN AICHA, S. AYED DELLA, A. SKOURI, N. KHELIL, A. MAALOUCH, Z. BOUSLEH, K. OUNELLI, MH. KAMMOUN, M. MASMOUDI, Y. AMARA. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION, HOPITAL DES FSI DE LA MARSA

Introduction: Les infections nosocomiales, définies comme des infections survenant plus de 48 heures après l'hospitalisation, restent une complication majeure en réanimation. Leur prévalence est estimée à 6,1 à 12,1% en Europe. Elles sont responsables d'une surmortalité de 33% dont la première cause est la pneumopathie acquise sous ventilation mécanique. Objectif: Déterminer l'évolution de l'incidence des infections nosocomiales en réanimation et caractériser l'écologie bactérienne du service. **Matériels et méthodes:** étude prospective sur deux années (du 1er janvier 2012 au 15 Novembre 2013) incluant tous les patients hospitalisés dans le service de réanimation pendant plus de 48 heures. Les paramètres recueillis sont : les caractéristiques démographiques, le siège de l'infection nosocomiale, le germe en cause, le profil de sensibilité des principaux germes et le devenir. **Résultats:** Durant la période de l'étude, 270 patients ont été hospitalisés, 28 ont développé une infection nosocomiale soit une incidence à 10%, et 50 épisodes infectieux ont été observés (18% en 2012, 16% en 2013). La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique était l'infection nosocomiale la plus fréquente (46%). Les infections hémato-vasculaires ont représenté 22% des infections nosocomiales, toutes des infections sur cathéter veineux central. Les entérobactéries sécrétrices de bêtalactamases à spectre élargie sont les germes les plus fréquemment en cause (36%). Durant la deuxième année de l'étude, une nette augmentation de la fréquence des infections nosocomiales à *Pseudomonas Aerogenosa* et à *Acinetobacter* résistants à l'Imipenème a été observée. La durée de séjour moyenne était de 22±18 jours. La mortalité globale était de 16%. **Conclusion:** L'incidence des infections nosocomiales dans notre service est semblable à celle retrouvée dans la littérature. Avec l'augmentation de la fréquence de recrutement, on assiste à l'émergence de souches de plus en plus résistantes. La prévention et une meilleure gestion de l'antibiothérapie pourraient améliorer le profil de résistance de ces germes.

P11. INFECTION NOSOCOMIALE EN MILIEU OBSTETRICAL.

H.MAKNI, C.MRAZGUIA, M.NAJJAR, A.AJILI. SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE, HOPITAL REGIONAL DE NABEUL

Introduction: Une infection nosocomiale est une infection contractée au cours d'un séjour hospitalier et qui n'était ni présente ni en incubation au moment de l'entrée. Les infections nosocomiales représentent dans tous les services hospitaliers, et particulièrement les maternités, un enjeu en terme de santé publique. Elles sont responsables d'une augmentation de la morbidité et occasionnent un coût important pour la collectivité. Objectif : Etablir l'incidence de l'infection nosocomiale chez les accouchées à la maternité de Nabeul Identifier les facteurs de risque médicaux et/ou obstétricaux. **Patientes et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de gynécologie obstétrique de la maternité de Nabeul incluant tout les cas d'infections nosocomiales observées dans notre service sur une durée de 1 an : de Janvier 2010 à Décembre 2010. Les infections nosocomiales étudiées, qui répondent aux critères de diagnostic, sont représentées par : l'endométrite ; l'infection urinaire ; l'infection de site opératoire (cicatrice abdominale de césarienne, cicatrice d'épisiotomie) et les infections diverses minoritaires (« autres ») sont également rencontrées: pneumopathie, lymphangite, infection sur cathéter veineux. **Résultats :** Durant cette période de 1 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, 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, 6 broncho-pneumopathies. Le taux d'incidence des infections nosocomiales est significativement plus élevé chez les césarisées que chez les accouchées par voie basse. La fièvre était présente dans tous les cas. Toutes les patientes ont été mises sous antibiothérapie selon le cas. Une patiente a nécessité un transfert dans un service de réanimation pour état de choc septique. Aucun cas de décès maternel n'a été déploré. **Conclusion :** L'infection nosocomiale en milieu obstétrical est potentiellement grave, pouvant mettre en jeu le pronostic vital maternel. Une surveillance épidémiologique continue des IN maternelles devrait être instaurée pour assurer une prévention efficace et une diminution de la morbidité et la mortalité liées à cette pathologie.

P12. LA PRESENCE DE BACTERIEMIE N'A PAS D'IMPACT SUR LE PRONOSTIC DES PNEUMONIES AIGUES COMMUNAUTAIRES A PNEUMOCOQUE ADMISES EN REANIMATION.

H. BEN LAKHAL(1), K. BELKHOUBA(1), A. JAMOUCI(1), A. GHARIANI(2), T. MARHBENE(1), E M. HIRI(2), J. BEN KHELIL(1), L. SLIM(2), K. BEN ROMDHANE(1), M. BESBES(1). (1) SERVICE DE REANIMATION MEDICALE - HOPITAL A. MAMI – ARIANA (2) LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE - HOPITAL A. MAMI – ARIANA

Introduction: Le pneumocoque est le germe le plus fréquemment responsable de la pneumonie aiguë communautaire (PAC). L'impact de la bactériémie à pneumocoque sur le pronostic des patients admis en réanimation pour PAC, reste controversé. Le but de notre étude était de déterminer si la bactériémie à pneumocoques constitue un facteur de mauvais pronostic des PAC pneumococciques admises en réanimation. **Patientes et Méthodes:** Il s'agit d'une étude de cohorte, rétrospective incluant les patients hospitalisés en réanimation pour PAC à pneumocoque, entre Janvier 2000 et septembre 2013. Les patients ont été répartis en deux groupes, PAC bactériémique (PAC B) et PAC non bactériémique (PAC NB). Les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été comparées entre les deux groupes. **Résultats:** Durant la période de l'étude, 181 patients ont été inclus. Parmi eux 46 PAC étaient bactériémique (25,4%). Les caractéristiques démographiques, cliniques, biologiques et radiologiques étaient statistiquement similaires entre les deux groupes. Cependant, seul la présence de choc septique à l'admission, était plus fréquente dans le groupe PAC B (39,1% vs 22,2% ; p = 0,025). Les complications au cours du séjour en réanimation étaient comparables dans les deux groupes (41,3% dans le groupe PAC B vs 39,3% dans le groupe PAC NB; p = 0,807). Les médianes de la durée de séjour étaient similaires, entre les PAC B et les PAC NB (7,5 jours vs 10 jours ; p = 0,939). Le taux de

mortalité en réanimation, toutes causes confondues, était statistiquement similaire entre le groupe des PAC B et le groupe des PAC NB (23,9% vs 23% ; OR = 1,05 ; IC 95% = 0,48-2,31 ; p = 0,895). **Conclusion:** La présence de bactériémie à pneumocoque n'a pas d'impact sur la morbi-mortalité des patients hospitalisés en réanimation pour PAC pneumococcique.

P13. FACTEURS PRONOSTIQUES DES PNEUMONIES AIGÜES COMMUNAUTAIRES A PNEUMOCOQUE VENTILEES.

K. BELKHOUSA, H. BEN LAKHAL, R. JABLA, D. LAKHDAR, T. MARHBENE, A. JAMOSSI, J. BEN KHELIL, K. BEN ROMDHANE, M. BESBES. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE - HOPITAL A. MAMI – ARIANA

Introduction: La pneumonie aiguë communautaire (PAC) nécessitant la ventilation mécanique est associée à une mortalité élevée. Le Pneumocoque reste le germe le plus fréquemment en cause. Le but de notre étude était de déterminer les facteurs pronostiques des PAC pneumococciques ventilées. **Patients et méthodes:** Etude rétrospective, incluant tous les patients hospitalisés en réanimation pour PAC à pneumocoque, entre Janvier 2000 et septembre 2013. Ont été relevés, les données démographiques et cliniques, les scores IGS II et SOFA, ainsi que les scores de Fine et le CURB-65, les données biologiques, radiologiques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutives. 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 181 patients ont été hospitalisés pour PAC pneumococcique. Parmi eux 93 patients ont été ventilés (51,4%). La médiane d'âge était de 66 ans. Le sexe ratio était de 2,7. Des antécédents pathologiques étaient retrouvés chez 77 patients (82,8%). Les médianes des scores IGS II et SOFA étaient respectivement de 37 et 5. Le CURB-65 était ≥ 4 chez 28 patients (30,1%). Chez 89,2% des patients le score de Fine était $\geq IV$. A l'admission, 37,5% des patients avaient un état de choc septique et 31,2% des patients avaient un SDRA. L'atteinte radiologique était bilatérale chez 46,3% des patients et multilobaire chez 61,3%. La pneumonie était bactériémique chez 21 patients (22,6%). L'antibiothérapie initiale était une monothérapie chez 43% des patients. La ventilation mécanique était de type non invasif chez 64 patients (68,8%). Le taux d'échec de la VNI était de 62,5%. Parmi les 85 antibiogrammes réalisés, la souche isolée avait une sensibilité diminuée à la pénicilline dans 37,6% des cas. La médiane de la durée de séjours était de 13 (1-96) jours et le taux de mortalité était de 41,9% (39 patients). Après analyse multivariée, un score de SOFA à l'admission ≥ 4 (OR = 6 ; IC95% = 1,23-29,17 ; p = 0,026) et la présence d'une insuffisance rénale aiguë à l'admission (OR = 4,71; IC95% = 1,38-3,11 ; p = 0,043) étaient les deux facteurs indépendants prédictifs de mortalité en réanimation. **Conclusion:** La PAC à pneumocoque nécessitant la ventilation mécanique, est associée à une mortalité élevée. Les facteurs pronostiques étaient en rapport avec la gravité du tableau clinique initiale.

P14. LES INFECTIONS FONGIQUES EN REANIMATION: MODALITES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES

B. MEDDEB, MS. NAKHLI, H. CHEMCHIK, M. BEN ALI, F. HAFI, A. BRAHIM, R. SAÏD. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL - SOUSSE

Introduction: Les infections fongiques représentent la quatrième cause d'infections nosocomiales en réanimation. Elles sont graves, associées à une morbi-mortalité élevée comparable parfois à celle d'un choc septique. L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques des patients ayant une infection fongique et d'identifier les modalités diagnostiques et thérapeutiques. **Matériel et méthodes:** C'est un travail rétrospectif sur une période de trois ans, incluant les dossiers médicaux des patients ayant développé une infection fongique au cours de leur séjour en réanimation. Les caractéristiques épidémiologiques de ces patients, l'index de colonisation de Pittet, le candida score, les modalités thérapeutiques et l'évolution clinique ont été recueillies. L'analyse des données a été réalisée par le logiciel SPSS version 15 de Windows. Une valeur p < 0,05 a été considérée comme significative. **Résultats :** Pendant la période d'étude, trente-neuf patients avaient développés une infection fongique. L'âge moyen était

de 45±23ans avec des extrêmes allant de 7 à 90 ans. Tous les patients avaient, soit deux facteurs de risque majeurs de candidose, soit un majeur et deux mineurs. Seulement dix patients avaient un index de colonisation de Pittet supérieur ou égale à 0.5 dont trois ont présenté une candidémie. Le candida score était supérieur à 2.5 chez dix patients. Tous les patients avaient reçu le fluconazole comme molécule anti-candidosique. Ce traitement était préemptif chez 33 patients et curatif chez six patients. Le candida albicans était l'espèce prédominante (11/33). Le candida glabrata était identifié chez deux patients. La mortalité globale était de 69%. **Conclusion:** La prise en charge de ces infections, si elle simplifiée et optimisée par l'apport des nouveaux outils diagnostiques et thérapeutiques, pose encore souvent des problèmes pratiques.

P15. FORME GRAVE D'UNE FIEVRE BOUTONNEUSE MEDITERRANEENNE (FBM) : A PROPOS D'UN CAS

H. GHADHOUNE, N. BEN ALGIA, R. AMMAR, N. BACCOUCH, K. CHTARA, A. CHAARI, C. BEN HAMIDA, M. BAHLOUL, H. CHELLY, MOUNIR BOUAZIZ. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU HABIB BOURGUIBA. SFAX

Introduction: La fièvre boutonneuse méditerranéenne est une anthroponose due à *Rickettsia conorii*, sévissant sous un mode endémique dans le pourtour méditerranéen. Typiquement, elle se caractérise par une fièvre avec une éruption maculo-papuleuse siégeant au niveau de tout le corps (97% des cas). Toutefois des manifestations extra cutanées peuvent se voir dans 5 à 6% des cas, particulièrement, les atteintes neurologiques, respiratoires et cardiaques. **Observation:** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 35 ans, sans ATCDs pathologiques particuliers, primigeste primipare, qui a eu un accouchement à 40 SA par césarienne en urgence pour défaut d'engagement dans un cadre de RPM, une souffrance foetale avec un liquide amniotique teinté. Elle a présenté en post partum immédiat un état de choc hémorragique en rapport avec une dysinertie utérine, nécessitant une triple ligature et transfusion sanguine. L'évolution a été marquée par la persistance d'une bradycardie à 55bpm, un œdème aigu du poumon et instabilité hémodynamique. Le diagnostic de choc cardiogénique a été retenu devant les données de l'échographie cardiaque qui a objectivé une dyskinésie septale et un trouble de la relaxation et des troponines à 6 ng/l. A l'arrêt de la sédation la patiente a présenté une absence de réveil avec une TDM cérébrale sans anomalies. L'IRM cérébrale a mis en évidence des lésions en faveur d'un Syndrome d'Encéphalopathie Postérieur Réversible (PRES syndrome). Devant le contexte infectieux (chorioamnionite ?), l'atteinte cardiaque et l'atteinte neurologique, l'origine infectieuse a été fortement suspectée notamment une infection à germes intracellulaires confirmée par l'immunofluorescence qui a objectivé une sérologie de *Rickettsia conorii* positive. La patiente a été mise sous Doxycycline avec une évolution favorable. **Conclusion:** L'atteinte neurologique et myocardique au cours des rickettsioses sont rares voir exceptionnelles. Un tel tableau dans un contexte infectieux et une origine rurale devrait faire penser à ce diagnostic.

P16. LEPTOSPIROSE GRAVE AVEC DEFAILLANCE MULTI-VISCERALE.

O. MATHLOUTHI, Y.Z. ELHECHMI, F.GHZAIEL, A. CHARGUI, M. REZGUI, Z.JERBI. DEPARTEMENT URGENCE-REANIMATION. HOPITAL HABIB THAMEUR.

Introduction: La leptospirose est une zoonose d'origine bactérienne due à *Leptospire*. Largement sous diagnostiquée à cause d'un large polymorphisme de symptômes non-spécifiques, et la diversité des organes touchés, elle présente une recrudescence importante au cours de ces dernières années. Nous rapportons ici un cas de leptospirose grave hospitalisé pour ictère fébrile associé à une défaillance multi-viscérale. **Observation :** Il s'agit d'un patient âgé de 36 ans, tapissier célibataire, tabagique à 20 paquet-année, avec notion d'éthylisme et de consommation de boissons alcoolisées de préparation locale appelé aussi « Tekilla ». Il présente 48heures avant son hospitalisation un ictère fébrile avec myalgies. Après avoir éliminé une urgence chirurgicale, il est adressé à notre département pour exploration et prise en charge. A l'admission, on trouve un patient conscient, ictérique avec une température à 38°C, présentant une hématurie à 3 croix et une protéinurie à 2 croix

aux bandelettes urinaires. Il présentait à la biologie, une insuffisance rénale avec une clairance mesurée à 10ml/min, une hyponatrémie à 128 mmol/l sans œdèmes avec une natriurèse à 47mmol/l/24h, une cytolysé hépatique à 5 fois la normale, une cholestase avec Bilirubine total à 581 et directe à 423, une rhabdomyolyse avec des CPK à 3700UI, LDH à 723UI, une hypo-albuminémie à 24,1g/l, un syndrome inflammatoire biologique avec CRP à 183g/l et hyperleucocytose à 18750 elm/mm³ associée à une lymphopénie à 550elm/mm³, une anémie normochrome normocytaire à 10,5g/dl et une thrombopénie 88000elm/mm³. Les sérologies des hépatites A, B, C et HIV étaient négatives, la recherche de toxiques dans le sang et les urines négatives. L'évolution à été marquée par l'aggravation rapide de l'état neurologique avec une agitation importante associé à une confusion mentale. Une aggravation biologique de la fonction rénale avec Créatinine à 837, de l'insuffisance hépatocellulaire avec un INR à 3,51 et un Facteur V à 57%, de l'anémie avec un taux d'hémoglobine à 6,8g/dl, de la rhabdomyolyse et du syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose à 47640 elm/mm³. Une tomодensitométrie abdominale à objectivée une hépatomégalie siège de deux lésions hyper-échogène des segments IV et II d'allure non spécifique et un aspect en faveur d'une bouillie biliaire au niveau de la vésicule. La tomодensitométrie cérébrale à permis d'objectiver la présence de deux lésions hypodenses sous corticales frontales bilatérales d'aspect non spécifique. Un traitement par Ampicilline à été débuté à J3 et une sérologie de la leptospirose à été envoyé à l'institut pasteur. Le patient à bénéficié de trois séances d'hémodialyse, de la transfusion de plasma frais congelé, de PPSB et de 2 culots globulaires suite à une déglobulisation associée avec une épistaxis et une hématurie macroscopique. Le début de l'amélioration clinico-biologique à été noté à partir du troisième jour d'antibiothérapie et le patient est rentré à domicile sans séquelles après 22 jours d'hospitalisation en unité de soins intensifs. **Conclusion** : Notre cas illustre le polymorphisme des manifestations clinico-biologiques de la leptospirose, la possibilité d'une atteinte neurologique associée, la nécessité d'une prise en charge en soins intensifs pour les cas graves. En dépit du progrès de la réanimation ces dernières années, nous estimons que le principal facteur pronostic reste probablement la précocité de l'antibiothérapie efficace.

P17. LES MENINGO ENCEPHALITES A PNEUMOCOQUE: UNE PRISE EN CHARGE APPROPRIEE ET PRÉCOCE AMÉLIORE LE PRONOSTIC VITAL ET FONCTIONNEL.

O. MEJRI, O. BEJI, S. YAACOUBI, A. AZOUZI, R. MANAI, H. HMOUDA. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. HOPITAL SAHLOUL. SOUSSE

Introduction: Les méningites à pneumocoque représentent 46 % des méningites aiguës bactériennes communautaires. L'extension de l'infection au parenchyme cérébral assombrit le pronostic vital et fonctionnel, qui reste toutefois conditionné par la rapidité de mise en route du traitement curatif et symptomatique. Nous rapportons 3 cas de méningoencéphalite à pneumocoque d'évolution favorable, avec revue de la littérature. Observations :

Observation 1: Patiente âgée de 60 ans, aux antécédents d'otites à répétition, est transportée aux urgences pour coma d'installation brutale. La ponction lombaire a retrouvé une pléiocytose à prédominance PNN, diplocoques à Gram positif à l'examen direct. Elle a été intubée aux urgences, ventilée et sédaturée. Elle a reçu 3g de céfotaxime et dexaméthasone 10mg en IVD, puis admise en réanimation. L'IRM cérébrale a objectivé des lésions de vascularite hémisphériques diffuses, mastoïdite gauche. L'évolution était favorable, avec extubation à J7, et sortie à J15 avec suivi en ORL et en médecine interne.

Observation 2 : Patiente de 29 ans, aux antécédents de traumatisme du massif facial suite à un AVP deux ans auparavant, admise en réanimation pour syndrome confusionnel aigu d'installation brutale associé à un syndrome d'HTIC évoluant depuis quelques heures dans un contexte fébrile. Examen physique : GCS=12, fébrile à 40°C, avec stabilité hémodynamique et respiratoire. TDM cérébrale : sans anomalies. PL : pléiocytose à prédominance PNN, Pneumocoque sensible. Une antibiothérapie par Céfotaxime 300mg/kg/j associée à la corticothérapie a été instaurée sans délais. Une brèche ostéoméningée a été fortement suspectée. L'évolution était favorable. Observation N°3 : Patient de 36 ans, aux antécédents de cancer du cavum, admis en réanimation pour syndrome confusionnel aigu

évoluant depuis 2 jours dans un contexte fébrile. Examen physique : Patient confus, fébrile à 39°C, avec stabilité hémodynamique et respiratoire. TDM cérébrale : sinusite maxillaire. PL : pléiocytose à prédominance PNN, Pneumocoque sensible. Une antibiothérapie par Céfotaxime 300mg/kg/j a été instaurée sans délais. L'évolution était favorable. Commentaires : Les méningoencéphalites à pneumocoques ont un pronostic vital plus sombre que les autres étiologies, puisque leur taux de mortalité est de 19 à 37 % par comparaison à la méningite à méningocoque ou à H. influenzae. Elles prédominent chez les personnes âgées de plus de 25 ans. L'association à une porte d'entrée ORL et/ou à une brèche ostéoméningée est fréquente et doit être recherchée. Des lésions de vascularite occlusive et nécrosante, une thrombophlébite corticale septique ainsi que des thromboses artérielles peuvent accompagner cette affection et sont pourvoyeuses de séquelles neurologiques redoutables. C'est pourquoi le diagnostic doit être évoqué, même par excès. Une antibiothérapie probabiliste, comprenant au moins une céphalosporine de 3ème génération à fortes doses, doit être immédiatement instaurée. Une corticothérapie par dexaméthasone (10 mg IV toutes les six heures) débutée avant ou à l'induction de l'antibiothérapie pendant 4 jours a montré un bénéfice sur la mortalité et les séquelles neurologiques. **Conclusion:** Les méningites graves de l'adulte et, en particulier, les méningoencéphalites à pneumocoque sont des pathologies pour lesquelles la précocité du traitement conditionne indiscutablement le pronostic vital et fonctionnel.

P18. MENINGO-ENCEPHALITES TUBERCULEUSES : PARTICULARITES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES A PROPOS DE TROIS CAS

K. MEDDEB (1), A. M RAD (1), Y. BLEL(1), I. SEDGHIANI (1), S. HABACHA (1), M. MARZOUK (1), A. KAROUI (2), JAOUA N(2), A. M'HAMDI (2), ELGHORD H(1), N. KOURAICHI (1), H. THABET H(2), N. BRAHMI (1), M. AMAMOU (1). **(1) SERVICE DE REANIMATION DU CAMU. (2) SERVICE DES URGENCES DU CAMU.**

Introduction: La méningo-encéphalite représente l'une des localisations les plus graves de la tuberculose. Étant donné que la présentation clinique est peu spécifique et que les prélèvements bactériologiques sont peu contributifs, l'imagerie cérébrale par résonance magnétique (IRM) constitue un élément essentiel au diagnostic. Malgré le traitement antituberculeux, le pronostic reste sombre. Nous rapportons les observations de trois patients admis en réanimation pour la prise en charge d'une méningo-encéphalite tuberculeuse. **Observation 1 :** Patient âgé de 47 ans suivi pour polyarthrite rhumatoïde admis dans un service de médecine interne pour prise en charge d'une altération de l'état général dans un contexte fébrile. Une ponction lombaire (PL) était faite et a montré la présence de 36 éléments blancs dont 100% de lymphocytes avec une hypoglucochorachie et une hyperprotéinochorachie. Une tomodensitométrie (TDM) cérébrale était réalisée ne montrant pas d'anomalies particulières. La recherche de Mycobacterium Tuberculosis (BK) dans les crachats et dans le liquide céphalorachidien (LCR) par examen direct et par culture était négative. Les sérologies brucellose et leishmaniose ainsi que la culture de listéria dans le liquide céphalorachidien étaient négatives. Le patient n'a pas été traité par des antituberculeux. Après 23 jours de son admission, il était transféré en réanimation pour coma. Une IRM cérébrale était réalisée et a montré un aspect compatible avec une méningo-encéphalite tuberculeuse avec un épaississement du ruban cortical droit, des lésions de démyélinisation, des micronodules disséminés aux deux étages sus et sous tentoriels. Malgré la mise sous un traitement antituberculeux le patient a présenté un état de choc septique conduisant à son décès. **Observation 2:** Patiente âgée de 20 ans sans antécédents, admise en réanimation pour coma d'installation progressive suivi par un état de mal épileptique dans un contexte fébrile. Une TDM cérébrale a montré une thrombophlébite du sinus sigmoïde droit. Une PL a objectivé un liquide clair, 150 EB dont 65% étaient des lymphocytes, une hypoglucochorachie et une normoprotéinochorachie. Une IRM cérébrale a objectivé un hypersignal T2 au niveau du tronc cérébral au niveau pontique et du mésencéphale s'étendant aux deux thalami et aux deux lobes temporaux. La Polymerase Chain Reaction (PCR) à Mycobacterium Tuberculosis dans le LCR a confirmé le diagnostic de méningo-encéphalite tuberculeuse. L'évolution était défavorable aboutissant au décès de

la malade. **Observation 3:** Patiente âgée de 23 ans, épileptique et hypothyroïdienne admise en réanimation pour état de mal épileptique dans un contexte fébrile. La TDM cérébrale a objectivé une hydrocéphalie non communicante triventriculaire. Une PL a montré 96 EB dont 100% de lymphocytes, une Hypoglucorrhachie et une hyperprotéinorrhachie. L'IRM cérébrale a mis en évidence une prise de contraste lepto-méningée diffuse associée à un nodule temporal interne de rehaussement annulaire faisant évoquer un tuberculome. La PCR pour le Mycobactérium Tuberculosis dans le LCR était positive confirmant le diagnostic. L'évolution sous traitement antituberculeux était marquée par la récupération d'un état de conscience mais la patiente a gardé comme séquelle un ptôsis. **Conclusion:** La méningo-encéphalite tuberculeuse est une pathologie grave où l'IRM cérébrale trouve toute sa place dans la stratégie diagnostique.

P19. MENINGO-ENCEPHALITE A PNEUMOCOQUE COMPLIQUEE D'UNE VASCULARITE CEREBRALE.

M. MARZOUK (1), Y. BLEL(1), K. WALHA(2), A. M'RAD (1), I. SEDGHIANI(1), S.HABACHA (1), K. MEDDEB (1), H. ELGHORD (1), N. KOURAICHI(1), N. BRAHMI(1), M. AMAMOU (1). (1) SERVICE DE REANIMATION DU CAMU. (2) SERVICE DE RADIOLOGIE. LA RABTA.

Introduction: Les complications des méningo-encéphalites à pneumocoques les plus fréquemment rencontrées sont la surdité, l'abcès cérébral, et la thrombophlébite. L'atteinte vasculaire artérielle est souvent méconnue et sous diagnostiquée. Nous rapportons dans ce travail l'observation d'un patient qui a présenté une méningo-encéphalite à pneumocoque de sensibilité diminuée compliquée d'une vascularite. **Observation :** Patient J.B., âgé de 30 ans, consommateur de cannabis et éthylique chronique, ayant des antécédents d'otites à répétition, se présente aux urgences pour céphalées, vomissements associés à une fièvre non chiffrée évoluant depuis deux jours. L'examen trouve un patient fébrile à 39°C, agité avec un GSC à 11/15 et un syndrome méningé clinique sans signes déficitaires. La TDM cérébrale SPC n'a pas montré d'anomalies. La PL faite a révélé un LCR trouble avec des GB à 4000 élé/mm³ (90% neutrophiles, 10% lymphocytes) avec une glucorrhachie à 0,1 mmol/l et une albuminorrhachie à 2g/l. L'examen direct a montré des diplocoques Gram (+). Il a été mis sous Cefotaxime 300mg/kg+ Vancomycine 50 mg/kg/j+ corticothérapie associée à une intubation et une ventilation mécanique. Le résultat bactériologique a confirmé la présence d'un pneumocoque de sensibilité diminuée (CMI Amox à 0.3mg/l). Devant l'absence de réveil après l'arrêt de la sédation, Une angio IRM pratiquée à J7 a objectivé une sténose serrée termino-carotidienne bilatérale avec perméabilité satisfaisante des artères cérébrales moyennes (ACM) et de l'artère cérébrale antérieure en rapport avec une vascularite responsable de lésions ischémiques intéressant le territoire superficiel des deux ACM. **Discussion :** La vascularite est une complication peu connue, Kastenbauer S retrouve une incidence de 12% dans une série de 87 cas de méningo-encéphalite à pneumocoque. Cette atteinte se manifeste par des lésions ischémiques multiples. Certains auteurs préconisent la poursuite de la corticothérapie au delà des 5 jours. **Conclusion:** L'atteinte vasculaire au cours des méningo-encéphalites est une atteinte méconnue, elle est responsable d'atteinte ischémique cérébrale, augmentant ainsi la morbi-mortalité. La pratique d'une angio-IRM doit être systématique dans les formes graves des méningo-encéphalites.

P20. LES MENINGO-ENCEPHALITES: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET EVOLUTIFS

I. SEDGHIANI , Y. BLEL, A. M RAD, M.MARZOUK, K. MEDDEB, S. HABACHA, I. FATHALLAH, H. ELGHORD, N. KOURAICHI, N. BRAHMI, M. AMAMOU. SERVICE DE REANIMATION DU CAMU.

Introduction: Les infections cérébro-méningées constituent une urgence médicale majeure, dont le pronostic est redoutable. La présence de certains signes de gravité, constitue un motif d'hospitalisation en réanimation. Le but de notre travail est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et pronostic des méningo-encéphalites hospitalisées en réanimation. **Patients et méthode:** Etude rétrospective réalisée entre Janvier 2008 et Octobre 2013 incluant tous les cas de méningo-encéphalites au service de réanimation du

CAMU. **Résultats:** En analyse univariée comparant les décédés et les survivants, le délai d'admission dans une unité de réanimation est le seul facteur pronostique (1jour pour les survivants versus 4 jours pour les décédés; p=0,006). Les caractéristiques démographiques, la présentation clinique, les données paracliniques et le recours à la ventilation mécanique ne sont pas des facteurs de surmortalité.

Caractéristiques cliniques et biologiques des patients inclus	
Nombre de cas	18
Age moyen	38±19 ans
Sexe ratio	1
Traitement immunosuppresseur	2
Brèche ostéoméningée	2
Délai moyen de consultation par rapport au début des symptômes	7±11 jours
Antibiothérapie préalable	5 (27%)
Présentation clinique:	
syndrome infectieux	88%
altération de l'état de conscience	11(61%)
GCS	9±3
convulsions	8 (44%)
atteinte des paires crâniennes	3(16%)
purpura	2 (11%)
état de choc	1 (5%)
IGSII	38±16
APACHEII	14±7
LCR	
Liquide clair	6 (33%)
Liquide trouble	12 (66%)
Hypoglycorachie	9 (50%)
Cellularité	1211±1749
Formule PNN	10 (55%)
Lymphocytaire	5 (27%)
Panachée	3 (16%)
Pneumocoque/PSDP	4/1
Tuberculeuse	3 (16%)
Méningocoque	2
West Nile	1
Herpès	1
Germe non identifié	7 (38%)
Thérapeutique:	
Monothérapie	13 (72%)
Bithérapie	2
Trithérapie	3
Corticoïdes	8
Ventilation mécanique/Durée(j)	15(83%)/ 15±17
Imagerie:	
Œdème cérébral	4
lésions ischémiques	4
hydrocéphalie	2
thrombophlébite cérébrale	2
vascularite	1
lésions du tronc cérébral	2
Devenir	
Hémi-parésie/ Syndrome frontal	1/1
Mortalité	10(55%)

Conclusion: Les infections cérébro-méningées restent grevées d'une lourde morbidité. Le retard de prise en charge a montré dans notre étude un impact pronostic majeur

P21. MENINGO ENCEPHALOMYELITE À PNEUMOCOQUE : A PROPOS D'UN CAS

K. ZAOUCHE, F.SAFI. N. MGHAIETH. A.CHARGUI, O. MATHLOUTHI, YZ.ELHECHEMI, M. REZGUI, Z. JERBI.

Introduction: les méningo-encéphalites (ME) sont des pathologies du système nerveux central d'étiologies variées. Les ME peuvent être classées en trois catégories: les ME infectieuses virales ou bactériennes, les ME post-infectieuses (ADEM) et les ME non-infectieuses (vascularites, sarcoïdose, etc.). Les causes bactériennes sont moins classiques. Nous rapportons l'observation d'un patient admis aux urgences pour méningo-encéphalomyélite post infectieuse à pneumocoque observation: un homme de 51 ans, ayant eu une splénectomie à l'âge de 36 ans, est amené aux urgences pour une tétraplégie apparue brutalement dans les suites de céphalées fébriles. L'interrogatoire rapporte la notion de soins dentaires faits 2 jours avant le début des céphalées. L'examen met en évidence une fièvre à 38°, un score de Glasgow à 15/15, une raideur méningée, une paralysie faciale, une tétraplégie flasque et des troubles sphinctériens. Le bilan sanguin révèle une CRP à 244 mg/l et des globules blancs à 3980 el/mm³. L'IRM cérébrale a montré des signes en faveur d'une myéloencéphalite. L'étude du LCR a mis en évidence 3300 éléments blancs, dont 90% de polynucléaires neutrophiles, une hypoglycorrachie à 0,98 mmol/l, une hyperprotéinorrhée à 3,75g/l. Le diagnostic de méningo-encéphalomyélite a été retenu et le patient a été mis sous cefotaxime 12g/j, fosfomycine 12g/j et dexaméthasone 12mg/j. La recherche d'antigènes solubles s'est révélée positive au streptococcus pneumoniae. L'évolution a été marquée par le recours à la ventilation mécanique et a été émaillée par la survenue de plusieurs infections nosocomiales. Le patient est décédé au 77^{ème} jour d'hospitalisation. Nous discuterons les aspects physiopathologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs. Conclusion les méningo-encéphalites bactériennes sont rares et graves. Le pronostic reste sombre de par la mortalité élevée et les séquelles neuropsychiques lourdes

P22. MENINGO-ENCEPHALOMYELITE A CMV

A. AJINA, MS. NAKHLI, R. CHRIGUI, T. GUIZANI, M. KHADRAOUI, W. NAIJA, R. SAÏD
SERVICE D'ANESTHÉSIE REANIMATION. HOPITAL SAHLOUL. SOUSSE

Introduction: Le cytomégalovirus (CMV) est responsable chez les sujets immunocompétents de primo-infections le plus souvent asymptomatiques. Lorsque la primo-infection est symptomatique, elle se manifeste par une fièvre souvent prolongée. La primo-infection CMV est responsable d'une désamination virale à localisation préférentielle au niveau de l'œil, du tube digestif et du SNC responsable d'encéphalite, de myélite et de neuropathies périphériques. Le diagnostic repose sur la sérologie CMV dans le sang et dans le LCR et par la recherche du même virus dans le LCR par la méthode du PCR. Le pronostic dépend du terrain et de la précocité du diagnostic et du traitement. **Observation:** Nous rapportons le cas H.R âgé de 18 ans suivi pour cardiopathie congénitale à type de communication artério-veineuse avec HTAP fixée non opérée. Ce patient a été admis devant un déficit moteur des deux membres inférieurs flasque sans troubles sensitifs associés et fièvre à 41°C s'aggravant rapidement jusqu'à donner une tétraplégie flasque, une incontinence sphinctérienne avec altération de l'état de conscience nécessitant le recours à l'assistance ventilatoire. Le bilan biologique ne montrait pas d'anomalies particulières. La radiographie du thorax et le scanner cérébrale étaient sans anomalies. Le scanner abdominal montrait un situs inversus incomplet et une polysplénie. La ponction lombaire objectivait une prédominance lymphocytaire. L'IRM cérébro-médullaire montrait une anomalie du signal bulbo-médullaire étendue avec un réhaussement périphérique associée à une léptoméningite encéphalique diffuse. Notre conduite était de mettre le patient sous Aciclovir injectable dans l'hypothèse d'une myélite virale, mais sans amélioration clinique. Le patient est décédé à J18 d'hospitalisation. Le diagnostic retenu en post mortem était une méningo-encéphalomyélite à CMV confirmée par une sérologie positive à CMV type IgM dans le sérum et le LCR. La recherche du CMV dans le LCR par la méthode PCR est revenue

positive. **Discussion:** Le CMV est exceptionnellement responsable de méningo-encéphalite chez le sujet immunocompétent. Ce virus doit cependant être recherché car il existe un traitement et si l'évolution est le plus souvent spontanément favorable, plusieurs cas de décès ont été rapportés.

P23. ABCES CEREBRAL COMPLIQUANT UNE EXTRACTION DENTAIRE CHEZ UN ADULTE IMMUNOCOMPETENT.

A.CHARGUI, Y.Z. ELHECHMI, F. GHZAIEL, O. MATHLOUTHI, M. REZGUI, Z. JERBI. DEPARTEMENT D'URGENCE REANIMATION. CHU HABIB THAMEUR. TUNIS

Introduction: L'abcès cérébral est une suppuration locale d'origine infectieuse qui se développe au sein du parenchyme cérébral. C'est une pathologie rare, de mauvais pronostic. Nous allons essayer à partir d'une observation de rappeler les différentes caractéristiques cliniques ainsi que la sémiologie radiologique de l'abcès cérébral et d'évoquer les différents diagnostics différentiels. **Observation:** Il s'agit de Mr A.H âgé de 75ans sans antécédents médicaux particuliers. Il présentait depuis deux semaines un abcès dentaire, il a bénéficié d'une extraction dentaire sans couverture antibiotique, il a reçu quelques jours plus tard, une antibiothérapie à base d'amoxicilline-acide clavulanique avec de la gentamicine. La symptomatologie clinique est faite de céphalées holocrâniennes intenses avec flou visuel et une fièvre non chiffrée compliquée secondairement par une altération de l'état de conscience. L'examen clinique trouvait un score de Glasgow à 9/15 (M=5, E=3, V=1), une hémiparésie droite. La température était de 36.9°C (sous réserve de la prise du paracétamol). Une CRP à 259mg/l et des GB à 19730e/ml à prédominance PNN. Une TDM cérébrale a objectivé une hypodensité pariéto-occipitale gauche sous corticale non spécifique. Une IRM cérébrale a objectivé une volumineuse lésion intra-axiale, grossièrement ovalaire mal limitée, en hypersignal T2, hyposignal T1, flaire, de siège pariéto-occipital gauche se rehaussant en périphérie. A l'analyse spectroscopique elle présente un pic de lactate, de NAA sans pic de choline. Le patient a été mis sous ventilation assistée contrôlée, un traitement antibiotique à base de Céfotaxime et métronidazole a été débuté. Il a bénéficié d'une ponction de l'abcès cérébral ramenant du liquide purulent dont la culture est restée négative. L'évolution a été défavorable, le patient est décédé à J8 dans un tableau d'état de choc septique. **Conclusion :** l'abcès cérébral reste une pathologie rare mais grave. Le diagnostic est basé essentiellement sur l'imagerie cérébrale notamment l'IRM avec ses différents temps.

P24. CRYPTOCCOSE NEURO-MENINGEE CHEZ UN PATIENT NON VIH : A PROPOS D'UN CAS

A. JAMOSSI, R. JABLA, H. BEN LAKHAL, K BELKHOJA, T MERHEBENE, K BEN ROMDHANE, K BOUSSEN, J BEN KHELIL, M BESBES. SERVICE DEREANIMATION MEDICALE. HOPITAL ABDERRAHMEN MAMI. ARIANA

Introduction: La cryptococcose neuro-méningée (CNM) est une affection grave et grevée d'une lourde mortalité. Sa survenue est habituellement l'apanage du patient infecté par le VIH. Elle est rarement décrite en dehors de ce cadre. Nous rapportons le cas d'une CNM chez un patient non VIH. **Observation:** Patient CM, âgé de 76 ans, aux ATCD d'HTA, de cardiopathie ischémique, de fibrose pulmonaire sous corticoïdes depuis 2 ans et d'ostéoporose compliquée de tassement vertébral. L'histoire de la maladie remonte à 2 mois, marquée par l'installation d'une confusion fébrile en rapport avec une méningite lymphocytaire avec hypoglycorrachie. Il a donc été mis sous traitement anti-tuberculeux d'épreuve sans confirmation microbiologique. Le test de production d'interféron gamma (QUANTIFERON) était négatif. L'évolution a été marquée par la persistance de la même symptomatologie, motivant son hospitalisation en réanimation. L'IRM cérébrale était normale hormis une hydrocéphalie modérée non active. La PL refaite trouve une hyperprotéinorrhachie, une hypoglycorrachie, 331 EB (60% PNN, 40% lymphocytes). La coloration à l'encre de Chine met en évidence la présence de cryptococcus neoformans, d'où sa mise sous amphotéricine B. La sérologie VIH était négative. L'évolution a été marquée par un état neurologique fluctuant avec des périodes d'obnubilation et d'autres

périodes de coma. A J12 d'hospitalisation, le patient a présenté un arrêt cardio-circulatoire rapidement récupéré, en rapport avec une embolie segmentaire bilatérale. A J13 d'hospitalisation, la survenue d'un état de mal convulsif a motivé la réalisation d'une 2ème IRM cérébrale. Cette dernière a mis en évidence des lésions ischémiques récentes d'origine embolique de taille infracentimétrique fronto-temporo-pariétale droite et gauche. Dans le cadre du bilan étiologique, l'ETO élimine l'existence d'un thrombus intra-cardiaque. La PL à J17 de traitement trouve la persistance de cryptococcus neoformans à l'examen direct alors que la chimie s'était normalisée ; d'où l'adjonction d'un 2ème antifongique (flucytosine). L'évolution a été défavorable avec décès du patient à J27 dans un tableau de coma dépassé. **DISCUSSION** La CNM est considérée comme une infection opportuniste, survenant le plus souvent chez les patients atteints de VIH. Toutefois, quelques cas ont été décrits chez des enfants immunocompétants. Chez notre malade, la corticothérapie au long cours semble être le facteur d'immunodépression ayant favorisé la survenue de cette infection. La survenue d'AVC multiples en l'absence de thrombus intracardiaque suggère la possibilité d'une artérite infectieuse d'origine cryptococcique. La persistance de cryptococcus neoformans à l'examen direct au contrôle du LCR à J17 de traitement antifongique bien conduit alors que la glucorrahie et la protéinorrhachie étaient normalisées, n'est pas forcément synonyme d'échec thérapeutique. En effet, les levures observées pouvaient correspondre à des cadavres. **Conclusion:** Le diagnostic de la cryptococose neuro-méningée doit être évoqué chez les malades immunodéprimés en dehors d'un contexte de VIH. Son pronostic reste péjoratif malgré un traitement bien codifié.

P25. MENINGO-ENCEPHALITE AVEC COINFECTION MYCOPLASME PNEUMONIAE ET VARICELLE ZONA.

H.FRAJ, Y.Z.ELHECHMI, F. ESSAFI, M. KHALFA, A. MABROUKI, M.REZGUI, Z. JERBI. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU HABIB THAMEUR

Introduction : L'infection à Mycoplasma pneumoniae peut se compliquer de manifestations neurologiques graves, telle une méningo-encéphalite. **Observation:** Un jeune de 17 ans sans antécédents pathologiques connus a présenté le jour de son hospitalisation une altération brutale de l'état de conscience faisant suite à une symptomatologie respiratoire évoluant depuis 7 jours. Devant l'apparition rapide d'une hémiplégie droite, une IRM cérébrale a révélé : un hyper signal T2 et flair des deux amygdales cérébelleuses et de la substance blanche sous corticale et profonde en plage et nodulaire plus marquée à gauche, une atteinte étendue en plage du corps et de la queue du corps calleux et à l'étage médullaire hyper signal T2 diffus étendu en un seul tenant sur la moelle cervicale et anomalie de signal de même type siégeant à plusieurs niveaux de la moelle dorsale. Devant ce tableau une infection à Mycoplasme pneumoniae a été confirmée par PCR sur le liquide céphalo-rachidien. La sérologie Varicelle Zona est aussi revenue positive. Le patient a bénéficié d'un traitement antibiotique et antiviral adapté suivi d'une corticothérapie. Les séquelles neurologiques étaient assez graves et le patient est resté dépendant de la ventilation mécanique malgré des ébauches de réveil. Le décès est survenu à J31 d'hospitalisation. **Conclusion:** Il s'agit d'un cas extrêmement rare de méningo-encéphalite associant une infection à Mycoplasme pneumoniae et Varicelle Zona.

P26. TUBERCULOSE MUSCULAIRE. A PROPOS D'UN CAS.

A. AZOUZI, M. KACEM, A. GABOUJ, D. BRAHMI, A. REZGUI, C. LAOUANI. SERVICE DE MEDECINE INTERNE. CHU SAHLOUL. SOUSSE

Introduction: la tuberculose musculaire est une forme rare de la tuberculose extra pulmonaire (0,01 à 2 %). Cette localisation intéresse le plus souvent : les cuisses (30 %) ; les bras et/ou avant bras (10 %) et les mollets (40 %). **Observation:** Patiente de 26 ans, sans antécédents pathologiques, qui consultait pour une tuméfaction de la face externe du bras gauche évoluant depuis 2 ans. Cette masse était pendant 18 mois de petite taille, centimétrique, dure et indolore, puis elle a augmenté progressivement de taille atteignant 3,5 cm de grand axe avec installation d'une douleur au niveau du bras gauche. La radiographie du bras gauche ne montrait pas d'image d'ostéolyse. L'imagerie par résonance magnétique

montrait une formation kystique de la face externe du bras gauche. La patiente a bénéficié d'une biopsie exérèse chirurgicale avec visualisation en per opératoire d'une masse, aux dépens des muscles deltoïde et triceps, à contenu purulent. L'examen bactériologique du pus était négatif. L'examen anatomopathologique de cette masse a conclu à une tuberculose musculaire. La recherche d'une autre localisation tuberculeuse notamment pulmonaire était négative. La patiente était mise sous quadrithérapie anti tuberculeuse pendant 2 mois puis relayée par Rifampicine et Isoniazide avec une bonne évolution. Discussion : la tuberculose isolée du muscle n'était rapportée que de façon sporadique. La contamination se fait soit par voie hématogène à partir d'un foyer à distance ou par contiguïté à partir d'un os ou par inoculation directe selon la revue de la littérature. La symptomatologie fonctionnelle est généralement modérée mais on doit en tenir compte devant l'absence d'une autre localisation tuberculeuse. **Conclusion:** l'existence d'une atteinte musculaire isolée au cours de la tuberculose sans autres localisations de la maladie est très rare. Il faut y penser en particulier devant une évolution lente et la négativité des examens bactériologiques d'une collection.

P27. SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE ET SYNDROME HEMOLYTIQUE ET UREMIQUE : ASSOCIATION RARE (A PROPOS D'UN CAS)

H. GHADHOUNE, N. BEN ALGIA, N. BACCOUCH, R. AMMAR, K. CHTARA, A. CHAARI, C. BEN HAMIDA, M. BAHLOUL, H. CHELLY, M. BOUAZIZ. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU HABIB BOURGUIBA. SFAX

Introduction : Le syndrome hémolytique et urémique (SHU) est caractérisé par la triade : anémie hémolytique microangiopathique (avec test de Coombs négatif), thrombopénie et insuffisance rénale aiguë. Il se manifeste aux âges extrêmes de la vie avec un taux de mortalité inférieur à 5 % dans la littérature et à 1% en France. Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est une pathologie rare mais souvent mortelle. Il est défini par des critères cliniques (fièvre, splénomégalie), biologiques (bi- ou pancytopenie, hypofibrinogénémié, hypertriglycéridémie, hyperferritinémie) et cyto-histologiques (hémophagocytose dans la moelle osseuse, la rate ou les ganglions périphériques). Parmi les nombreuses étiologies de SAM, les causes infectieuses y occupent une place importante. L'association des deux syndromes n'a jamais été décrite dans la littérature à nos connaissances. **Observation:** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 20 ans, sans antécédents pathologiques notables admise en réanimation dans un tableau d'altération de l'état général avec fièvre à 39°C et hypotension à 70/40 mmHg, suite à un épisode de gastroentérite (diarrhée, vomissement). L'examen clinique initial trouve une patiente consciente avec un léger ictère cutanéomuqueux et une splénomégalie. La biologie a montré une bicytopenie avec une anémie sévère à 4g/dl d'Hb et une thrombopénie importante à 4000/mm³, un taux de schizocytes élevé, un test de coombs négatif, une hyperbilirubinémie à prédominance libre, une haptoglobine effondrée, un taux de LDH très élevé, un taux de fer sérique augmenté, une hyperferritinémie majeure et une insuffisance rénale aiguë d'allure organique. Le SHU a été retenu devant l'hémolyse mécanique et l'insuffisance rénale. Devant la fièvre prolongée, la splénomégalie, l'hyperferritinémie et la pancytopenie, un SAM a été suspecté, confirmé par une ponction sternale qui a mis en évidence la présence d'un processus d'hémophagocytose touchant toutes les lignées sanguines. Il s'agit d'un tableau de sepsis grave en rapport avec une gastroentérite, compliqué par un SHU et un SAM. La patiente a été mise sous antibiothérapie empirique, une corticothérapie à base de Solumédrol et une transfusion répétée par du plasma frais congelé. Des séances d'échange plasmatique ont été programmées. L'évolution a été marquée par l'amélioration de l'état général, l'apyrexie et la régression progressive de la pancytopenie. **Conclusion :** Le SHU et le SAM sont des complications post infectieuses rare en milieu de réanimation. Le SAM est souvent de mauvais pronostic. Son association avec le SHU ne fait qu'aggraver son pronostic. Seule une prise en charge précoce pourrait l'améliorer.

P28. COQUELUCHE NEONATALE GRAVE: A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS.

K. AISSA, N. BEN KHLIFA, R. MUSTAPHA, K. MESSAOUI, H. BACHROUCHE, K. MHIRI, A. ALLAGUI, G. BEN SALEM, A. BOUAZIZ ABED. SERVICE DE PEDIATRIE. HOPITAL MOHAMED TLATLI NABEUL.

Introduction: La coqueluche est une infection bactérienne causée par le *Bordetella Pertussis*. Il n'y a pas de protection immunitaire materno-fœtale. Le nouveau-né risque donc la contamination par l'environnement, la fratrie, ou par les parents atteints de coqueluche peu typique. Objectif Présenter les particularités cliniques et diagnostiques de la coqueluche néonatale et insister sur les difficultés thérapeutiques des formes graves nécessitant le recours à la réanimation. **Observations** Nous rapportons trois observations de coqueluche néonatale grave confirmée par PCR. Les nouveau-nés étaient âgés respectivement de 25, 27 et 28 jours. Ils s'agissaient de deux filles et un garçon qui ont été hospitalisés dans notre service pour difficultés respiratoires. La notion de contagé familial a été trouvée dans les 3 cas (la mère dans 2 cas, le père dans un cas). Les trois nouveau-nés présentaient une dyspnée associée à des accès de cyanose dans 2 cas et à des pauses respiratoires dans un cas. Une hyperlymphocytose majeure a été notée dans les trois cas. Les trois nouveau-nés ont été transférés en réanimations devant l'apparition d'apnée dans deux cas et d'un encombrement bronchique important avec atélectasie étendue dans un cas. Une surinfection par un *Escherichia Coli* multirésistant a été notée chez ce dernier. Une ventilation mécanique de 2 à 13 jours a été nécessaire. L'évolution était favorable dans les trois cas Conclusion La coqueluche néonatale se présente sous forme de dyspnée rapidement aggravée. La toux coqueluchoïde est rarement observée. Le diagnostic doit être précoce afin d'assurer une prise en charge adéquate nécessitant souvent le recours à la réanimation. Une vaccination des jeunes parents contre la coqueluche permettra de prévenir ces formes sévères.

P29. AORTITE INFECTIEUSE COMPLIQUEE: A PROPOS D'UN CAS

R. JOUINI, MS. NAKHLI, M. KHALED, S. SMAÏRI, A. BRAHIM, A. AMARA, R. SAÏD. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL - SOUSSE

Introduction: L'aortite infectieuse est une pathologie grave, très rare, dont le diagnostic est souvent difficile à établir. Les germes les plus retrouvés sont le staphylocoque doré et le streptocoque, l'atteinte par les salmonelles, la syphilis et la tuberculose est beaucoup plus rare. **Observation:** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 32 ans, sans antécédents notables, prise en charge en réanimation pour diabète inaugural décompensation acidocétosique, le tout dans un tableau de sepsis grave à point de départ présumé initialement pulmonaire puisque la patiente présentait un mois auparavant une symptomatologie respiratoire faite de toux et de fièvre, non améliorée par un traitement symptomatique et une antibiothérapie associant amoxicilline-acide clavulanique et gentamycine. Elle est admise en réanimation dans un tableau de fièvre, de somnolence, de déshydratation sévère et d'hypo perfusion périphérique. La biologie retrouve une acidocétose diabétique avec un syndrome infectieux et hémocultures négatives. Le scanner cérébral était normal, la radio thoracique montrait une pneumopathie basale droite. L'évolution marquée par l'aggravation du syndrome infectieux et survenu d'un état de choc septique. Tous les prélèvements bactériologiques sont revenus négatifs. Une TDM thoraco-abdominale a montré un défaut endoluminal de l'aorte thoracique, un infarctus splénique compliqué d'abcès et de collection péri-splénique, et un infarctus localisé du rein droit. Une antibiothérapie visant l'endocardite infectieuse sur valve native a été débutée (vancomycine+gentamycine+rifampicine), suivie d'une splénectomie avec examen bactériologique de pus splénique négatif. Une échographie cardiaque trans-œsophagienne a rectifié le diagnostic en objectivant une valve aortique normale, et la présence sur l'aorte horizontale d'une grosse image évoquant une végétation tapissant la paroi aortique et obstruant en grande partie sa lumière s'étendant jusqu'au premier segment de l'aorte descendante ou siègent des images volumineuses et très mobiles, posant ainsi le diagnostic d'aortite infectieuse. L'indication opératoire a été posée : végétectomie sous circulation extracorporelle, compliquée d'une sidération myocardique grave à la sortie de la CEC

causant le décès de la patiente. L'examen anatomopathologique de la végétation trouvait un remaniement inflammatoire non spécifique riche en PNN. Conclusion : L'aortite infectieuse est une pathologie grave de diagnostic difficile, la prise en charge doit être médicochirurgicale afin d'améliorer le pronostic qui reste fâcheux avec une mortalité actuelle avoisinant les 40%.

P30. LEISHMANIOSE VISCERALE ET LUPUS ERYTHEMATEUX SYSTEMIQUE : ASSOCIATION RARE, GRAVE ET ATYPIQUE

M. BEN NASR, H. BOUSSAID, H. BEN BRAHIM, A. AOUAM, A. TOUMI, C. LOUSSAIEF, M. CHAKROUN. SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES, CHU FATTOUMA BOURGUIBA MONASTIR, TUNISIE.

Problématique: Exposer les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'association lupus érythémateux systémique (LES) et leishmaniose viscérale (LV) survenant de façon inaugurale. **Matériels et méthodes:** nous rapportons l'observation d'une patiente présentant une association particulièrement grave et atypique de LES et LV. **Résultat :** M. A âgée de 32 ans, sans antécédents pathologiques notables, admise au service des maladies infectieuses du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir pour une altération de l'état général, arthralgies inflammatoires avec bicytopenie, sans fièvre associée, évoluant depuis 3 mois. L'examen à l'admission avait noté une pâleur intense, un œdème des membres inférieurs et absence d'hépatosplénomégalie. La biologie avait noté une anémie normocytaire arégénérative à 4,2 g /dl, leucopénie à 2900/mm³, plaquettes à 240000/mm³, hypoalbuminémie à 22 g/l, hypergammaglobuline à 42,9 g/l et ferritinémie à 178,8 ug/l. La ponction sternale avait montré une moelle riche avec nombreuses images d'hémophagocytose et une PCR leishmaniose positive. La sérologie leishmaniose (ELISA et western blot) était négative. Le bilan immunologique avait montré la présence d'anticorps antinucléaires (AAN), anti DNA native, anti Sm et anti-nucléosomes avec une hypocomplémentémie. Le test de Coombs direct était positif. La patiente était traitée initialement par Glucantime (3 gr/j) arrêté à j3 pour une stibiointolérance et stibiointoxication et relayé par l'amphotéricine B. A une dose cumulée de 260 mg d'amphotéricine B la patiente avait présenté une tamponnade nécessitant un drainage en urgence. L'analyse du liquide avait montré un aspect exsudatif. Le diagnostic de LES étant confirmé, la patiente avait bénéficié de 3 bolus de méthylprédnisolone (1 g/j) relayé par prédnisone (1mg /Kg/j) en association avec amphotéricine B. L'évolution était marquée par un assèchement péricardique et une négativation de la protéinurie. Pour la leishmaniose la guérison était obtenue à une dose cumulée de 1 gr. **Conclusion :** la présentation clinique et sérologique de la LV au cours du LES est souvent atypique. La déclaration concomitante des deux pathologies pose un problème étiologique des complications possibles qui peuvent être multifactorielles

P31. LES EFFETS INDESIRABLES DU GLUCANTIME DANS LE TRAITEMENT DE LA LEISHMANIOSE.

H. BOUSSAID, H. BEN BRAHIM, M. BEN NASR, A. AOUAM, A. TOUMI, C. LOUSSAIEF, M. CHAKROUN. SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES, CHU FATTOUMA BOURGUIBA MONASTIR, TUNISIE.

Introduction: La leishmaniose est une protozoose due à des parasites du genre leishmania, elle est largement répandue en Tunisie. Les dérivés stibiés représentent le traitement de choix. Le but de cette étude est de déterminer les effets indésirables de l'antimoniote de méglumine (Glucantime®) administrée par voie générale. **Matériels et méthodes :** Etude rétrospective incluant tous les dossiers des patients admis au service de Maladies Infectieuses du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir pour leishmaniose cutanée ou viscérale et traités par Glucantime® durant la période allant de Janvier 1995 à Décembre 2012. Les cas inclus avaient une leishmaniose confirmée par un examen direct et/ou PCR. **Résultats :** Durant la période de l'étude, nous avons colligé 37 cas de leishmaniose dont 27 cas de localisation cutanée et 10 cas viscérale. Tous les patients avaient reçu la

Glucantime® en intramusculaire profonde à la dose de 60 mg/kg/j. Parmi ces malades 10 (27%) avaient présenté des effets secondaires au Glucantime®. Chez ces malades, le bilan pré thérapeutique était normal dans 9 cas; un malade avait une insuffisance rénale préexistante. Il s'agissait de 4 hommes et de 6 femmes. L'âge moyen était de 44 ± 19,4 ans (25-78 ans). Il s'agissait d'une stibio-intolérance dans 9 cas (90%) à type d'intolérance digestive (n=5), fièvre (n=4), arthromyalgies (n=4), toux quinteuse (n=3) et éruption cutanée (n=3). La stibio-intoxication était observée dans 4 cas (40%) après un délai moyen de 4,25 jours (3-7 jours). Elle était à type de cytolyse hépatique (n=4), insuffisance rénale (n=1), protéinurie (n=1), toxicité cardiaque à type d'extrasystoles ventriculaires et précordialgies (n=1) et trouble de la repolarisation (n=1). Une pancréatite aiguë était observée dans deux cas. Une association d'effets indésirables était notée dans 8 cas (80%). Ces effets indésirables avaient conduit à un arrêt du traitement dans 8 cas (80%). Conclusion : La possibilité de survenue d'effets indésirables parfois graves, sous Glucantime®, incite à instaurer une surveillance stricte surtout chez les sujets âgés et tarés.

P32. METASTASE SEPTIQUE SPLENIQUE : A PROPOS D'UN CAS

Z.KRAIEM, B. MEDDEB, MS. NAKHLI, N. BEJAOU, H. ECHHOUMI, A. AMARA, R.SAÏD.
SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL - SOUSSE

Introduction: Les abcès spléniques à pyogènes sont rares et potentiellement graves. Les nouvelles techniques d'imagerie constituent un apport diagnostique et thérapeutique considérable. **Cas clinique:** Nous rapportons le cas d'une patiente de 59 ans, diabétique connue sous insuline depuis dix ans, qui a développé une pyrexie intermittente, évoluant depuis une semaine associée à une altération de l'état général. La patiente a été hospitalisée et explorée, le diagnostic retenu était une pyélonéphrite aiguë dont le germe incriminé fut la *Klebsiella Pneumonia*. Une antibiothérapie ciblée fut rapidement introduite. L'évolution marquée par l'apparition d'un sepsis sévère avec apparition d'une sensibilité diffuse abdominale. Une TDM a conclu à la présence de multiples abcès splénique avec de multiples logettes infectieuses rénales bilatérales. Le seul geste chirurgical réalisé fut une splénectomie avec identification ultérieure du même germe isolé initialement. La patiente est décédée 3 jours après l'acte chirurgical dans un tableau de défaillance multi viscérale. **Discussion:** Les abcès Spléniques de localisation secondaire constituent des complications rares (CHULAY rapporte 10 cas en 10 ans, 5 cas en 30 ans pour FALL et 38 cas en 21 ans pour LEE CHEN-HSIANG). Cette rareté pourrait s'expliquer par le fait que la rate présenterait une capacité à résister aux infections locales. La gravité de cette pathologie et la rapidité d'installation des complications convient de la diagnostiquer le plus rapidement possible afin d'instaurer une antibiothérapie adaptée pour permettre une récupération complète. La thérapeutique à base de la splénectomie systématique peut être critiquée du fait d'une mortalité et d'une morbidité élevées car il y a nécessité de conserver la rate afin d'éviter les infections foudroyantes. La mortalité par splénectomie varie de 5 à 17 %. Le drainage percutané associé à une antibiothérapie a transformé le pronostic des abcès spléniques en évitant le risque d'ouverture intra péritonéale, et de préserver le parenchyme splénique.

P33. ABCES HEPATIQUES: A PROPOS DE 2 CAS

S.DADAA, A. AZOUZI, M. KACEM, W. BENZARTI, D. BRAHMI, A. REZGUI, C. LAOUANI.
SERVICE DE MEDECINE INTERNE. CHU SAHLOUL. SOUSSE

Introduction: L'abcès hépatique est une maladie potentiellement grave qui apparaît depuis quelques années comme une localisation septique privilégiée en cas de diabète sucré (1) Nous rapportons dans ce travail, Les aspects cliniques, bactériologiques et thérapeutiques de la prise en charge de 2 patients diabétiques présentant un abcès hépatique. **Observations:** Deux patients âgés de 64 ans et de 25 ans, admis pour décompensation acidocétosique d'un diabète respectivement de type 2 et 1. Les 2 patients présentaient un syndrome douloureux fébrile l'un de l'hypochondre droit l'autre basithoracique. Le diagnostic d'abcès hépatique a été posé grâce à la TDM. Des localisations secondaires pulmonaires ont été retrouvées chez un seul patient. L'hémoculture était positive à *Klebsiella Pneumoniae*

dans un cas et négative dans l'autre. Un drainage scano-guidé a été réalisé chez les 2 patients ce qui a permis d'isoler *Klebsiella Pneumoniae* dans les 2 cas. A ce drainage, on a associé une antibiothérapie IV pendant 21 jours à base de Céphalosporine 3^{ème} génération avec un aminoside pendant 5 jours pour le premier cas, et à base de carbapénème avec un aminoside pendant 5 jours dans le 2^{ème} cas. L'évolution clinique, biologique et radiologique a été favorable dans les 2 cas et un relais par une fluoroquinolone per os pendant 20 jours a été réalisé. Discussion: Ces observations soulignent l'intérêt de penser systématiquement à une localisation abcédée hépatique devant un déséquilibre d'un diabète, d'autant plus s'il est associé à un syndrome infectieux non expliqué. Le diabète constitue un Facteur de risque majeur d'abcès hépatique puisque 67% des patients ayant un abcès hépatique sont diabétiques(2) Comme l'illustre le 2^{ème} cas, des localisations septiques secondaires doivent toujours être recherchées puisque 11 % des patients avec abcès hépatiques présentent des localisations secondaires (3,2) La *Klebsiella Pneumoniae* est une bactérie fréquemment retrouvée dans les abcès hépatiques(4), elle a été retrouvée dans 10% des cas dans l'étude de Brook et coll (5) et dans 40% selon Rahimian et coll(4) La radiologie interventionnelle a un rôle de plus en plus important dans la prise en charge des abcès hépatiques permettant ainsi l'isolement de la bactérie causale et l'évacuation du contenu de l'abcès.

P34. INFECTION A MIDDLE EAST RESPIRATORY SYNDROME CORONAVIRUS (MERS-COV) : LE CLUSTER TUNISIEN.

S. BENABDALLAH¹, Z. HAMOUDA¹, F. ELMAY¹, R. BOUZGARROU¹, F. DACHRAOUI¹, I.OUANES¹, M.A. HADJKACEM², L. OUANES-BESBES¹, AMINE SLIM², FEKRI ABROUG¹.
REANIMATION POLYVALENTE CHU MONASTIR, SERVICE DE VIROLOGIE CHU CHARLES NICOLLE TUNIS.

Introduction: Nous rapportons un cluster familial tunisien d'infection respiratoire à MERS-CoV découvert après le retour du cas index d'un voyage au Moyen-Orient, en insistant sur le risque de transmission aux membres de la famille et aux travailleurs de santé. **Méthodes:** Les échantillons prélevés sur les cas symptomatiques et des contacts étroits (famille ou cadre de santé) ont d'abord été testés localement (Laboratoire National de Référence, CHU Charles Nicolle) par rt-PCR et les échantillons sélectionnés ont été expédiés aux Center for Disease Control and Prevention (Atlanta, États-Unis) pour des tests de confirmation et séquençage. **Résultats:** Le cas index, un homme de 66 ans retraité de la fonction publique, diabétique et bronchitique chronique, a développé un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) et choc septique qui a rapidement évolué vers une défaillance multiviscérale et conduisant à la mort du patient 3 jours suivant l'admission aux soins intensifs et l'initiation de la ventilation mécanique. Un mini-lavage broncho-alvéolaire de mauvaise qualité provenant du patient index lors de l'admission en réanimation a été testé négatif pour MERS-CoV. Un échantillon de sérum envoyé 3 mois plus tard au laboratoire de référence du CDC, a été testé positif par rt-PCR permettant aussi le séquençage du virus.

Ses deux enfants (deux adultes de sexe féminin et masculin, ayant été respectivement en contact au Qatar, et après le retour en Tunisie) ont développé des maladies respiratoires légères avec des maux de gorge, de la toux et de la fièvre de bas grade. Les prélèvements nasopharyngés des deux enfants étaient positifs par le test MERS-CoV rt-PCR. Les séquences complètes du nucléocapside du virus ont montré une signature unique par rapport aux séquences publiées dans la littérature. La recherche de contacts effectuée auprès des membres restants de la famille, et du personnel de santé ayant été en contact avec le cas index étaient négatifs par RT-PCR. **Interprétation:** Ce nouveau cluster signale une nouvelle souche MERS-CoV suggérant la plasticité du virus, et met l'accent sur la complexité et les limites de l'infection aux contacts domestiques et hospitaliers.

P35. EVALUATION DE LA REANIMATION DES ARRETS CARDIAQUES INTRA HOSPITALIER.

A. BRAHIM, W. FRIGUI, A. AJINA, M. BEN ALI, A. KANTAOUI, H. CHEMCHIK, A. AMARA, R. SAÏD. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL - SOUSSE

Objectif : Etudier la qualité de la prise en charge des arrêts cardiaques intra hospitalier ainsi que l'application de la chaîne de survie intra hospitalière. **Matériel et méthodes:** Nous avons mené une étude prospective sur un an à l'hôpital universitaire Sahloul portant sur 59 ACR. On a exclu les ACR survenus au bloc opératoire et au niveau des unités de soins intensifs. **Résultats:** Le diagnostic d'ACR était fait respectivement dans 66% des cas par le personnel médical et dans 34% des cas par le personnel paramédical. Il s'agit d'un ACR confirmé dans 88% des cas. Le temps moyen entre le diagnostic et l'alerte était de 80 secondes. Il y avait des difficultés d'appels de l'équipe de réanimation dans 34% de cas. La mise en œuvre de la RCP de base par le témoin en attendant l'arrivée d'une équipe spécialisée était débutée dans 73% des cas : 70% par du personnel médical et 30% par du personnel paramédical. Dans 27% des cas, le témoin attendait l'arrivée de l'équipe spécialisée (10 personnel paramédical versus 6 personnel médical). Seulement 37% des patients ont été réanimés par le témoin sur un plan dur. Sur le plan des moyens matériels, un chariot d'urgence complet était disponible dans 3% des cas seulement. Conclusion : Malgré les recommandations internationales, le concept de chaîne de survie intra-hospitalière n'est pas présent. Un comité central d'experts doit organiser la chaîne de survie intra-hospitalière en mettant en place des protocoles de soins d'urgence, et de généraliser le défibrillateur semi-automatique (DSA) ainsi que la multiplication des formations sur l'ACR.

THEME HEMODYNAMIQUE

P36. INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE AU COURS DU MYXOME CARDIAQUE

I. CHAMTOURI, K. GAHBICHE, M.T. HASNAOUI, M. BOUSSAADIA, S. HAMDI, F. MAATOUK. Service de Cardiologie B CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction: Le myxome intra cardiaque est une tumeur bénigne dysembryonnaire du cœur qui peut toucher 0,5 par million d'habitants par an et qui s'observe essentiellement entre 30 et 60 ans avec une nette prédominance féminine. Son expression clinique n'est pas spécifique et très variables selon les formes anatomiques. Elle peut être responsables de complications mécaniques et emboliques engageant le pronostic vital motivant une cure chirurgicale urgente ou s'associer à d'autres pathologies cardiaques. L'échographie cardiaque trans-thoracique et trans-oesophagienne représentent l'examen clé du diagnostic. **Observation:** Patiente âgée de 77 ans diabétiques, hypertendue suivie pour ACFA depuis 4 mois, hospitalisée pour oedème aigu du poumon foudroyant avec état de choc cardiogénique nécessitant le recours à la ventilation mécanique et aux drogues inotropes. A l'échocardiographie trans-thoracique : une masse polylobée échogène de l'oreillette gauche faisant 63 mm x 33 mm pédiculé au septum inter auriculaire avec prolapsus diastolique au niveau de l'orifice mitral responsable d'une obstruction générant un gradient moyen de 9.2mm Hg évoquant un myxome avec une hypertension artérielle pulmonaire à 65 mm Hg. A la coronarographie, les artères coronaires étaient saines. La patiente a été opérée en urgence pour résection du myxome mais l'évolution ultérieure a été marquée par l'aggravation de l'état clinique de la patiente et son décès. **Conclusion:** Le myxome cardiaque est une tumeur bénigne facilement curable mais il peut mettre en jeu le pronostic vital lorsqu'il est obstructif engendrant l'insuffisance cardiaque aigue rendant la prise en charge plus lourde et la réanimation encore plus difficile.

P37. ETAT DE CHOC ANAPHYLACTIQUE SUITE A L'HEMISUSCINATE D'HYDROCORTISONE. A PROPOS D'UN CAS

K. CHTARA, N. BEN ILGIA, H. GHADHOUNE, R. AMMAR, N. BACCOUCH, M. BAHLOUL, A. CHAARI, H. DAMMAK, H. CHELLY, C. BEN HAMIDA, M. BOUAZIZ. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. HOPITAL HABIB BOUGUIBA SFAX.

Observation: Il s'agit de S.M. âgée de 44 ans, admise en réanimation le 02/08/2013 pour réanimation post arrêt cardiorespiratoire. Les antécédents de la patiente sont une hypertension artérielle asthme. La patiente était hospitalisée en réanimation pour prise en charge d'une crise d'asthme aigu grave nécessitant la ventilation mécanique. La cause de

décompensation retenue était infectieuse et elle a bien évolué sous béta 2 mimétique et antibiothérapie. Elle a été transférée en pneumologie. Le 02/08/2013 et suite à l'injection d'Hémisuccinate d'hydrocortisone, elle a présenté un bronchospasme avec hyper sialorrhée et un état de choc avec désaturation se compliquant d'un arrêt cardiorespiratoire. La réanimation a duré 10 mn. La patiente est transférée en réanimation après stabilisation hémodynamique sous adrénaline à la PSE 0,6 mg/h. La cause retenue de cet arrêt cardiorespiratoire était un état de choc anaphylactique devant la brutalité du tableau alors que la patiente était stable et l'association à un bronchospasme avec désaturation et l'apparition d'hyper sialorrhée et un œdème généralisé avec œdème de la sphère ORL avec une hyperéosinophilie sanguine à 280/mm³ alors que les IgE sont à 136 UI/ml (VN < 150 UI/ml). Le médicament incriminé est l'hémisuccinate d'hydrocortisone puisque la symptomatologie s'est déclenchée deux minutes après son administration d'autant plus que lors de la première décompensation la patiente a présenté des crises convulsives généralisées suite à l'injection de 200 mg d'Hémisuccinate d'Hydrocortisone. L'évolution était marquée par l'absence de réveil à l'arrêt de la sédation avec absence de réaction à la stimulation douloureuse, le réflexe de toux est présent. Dans ce contexte, une TDM cérébrale était réalisée, objectivant un œdème cérébrale en sus tentoriel avec aspect collabé des ventricules latéraux. Au total, un arrêt cardiorespiratoire compliquant un état de choc anaphylactique à l'HSCH chez une patiente de 44 ans asthmatique, responsable d'un coma.

P38. OAP DU PERIPARTUM REVELATEUR D'UN RETRECISSEMENT MITRAL SERRE

S. Gmati, K.Gahbiche, T. Guizani, A. Brahim, F. Ferhi, S. Slama, K. Tarmiz, D. Ben letaifa, K. Ben Jazia, Y. Bouatay*, I. Brahem*, M. Kouira*, A. Memmi*, M. Fekih*, S. Hidar *, M. Bibi *, H. Khairi *

Introduction : Le rétrécissement mitral (RM) est une pathologie grave dont la grossesse est une circonstance de décompensation bien connue imposant un suivi; une gestion rapprochée et pluridisciplinaire durant la grossesse et le péripartum .L'œdème pulmonaire peut être révélateur, au cours de la grossesse, au cours du travail obstétrical et en postpartum. **Matériels et méthodes:** Nous rapportons 4 observations de rétrécissement mitral révélés en péripartum par un OAP diagnostiqué au service d'anesthésie-réanimation FARHAT HACHED durant une période de 3ans. Résultats : 4 cas d'OAP révélateurs de RM ont été colligés. Toutes les patientes sont multipares et sans antécédents de cardiopathie au cours des grossesses antérieures. Leurs données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été étudiées. L'âge moyen était de 31.75 ans. Le début des signes était à J-1 de l'accouchement pour toutes les parturientes et l'orthopnée était le signe révélateur le plus fréquent. Les signes cliniques (râles crépitants et RD) et radiologique (SD alvéolo-interstitiel) étaient présents chez les 4 femmes. L'ECG était normal chez 3 patientes et a montré une TACFA dans un seul cas. L'ETT confirmait le RM dans 100% des cas et la prise en charge thérapeutique se basait surtout sur les diurétiques la restriction hydrique et le régime sans sel dans la plupart des observations. L'extraction fœtale s'est déroulée par césarienne sous AG dans 75% des cas. Discussion : 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 en particulier l'œdème aigu du poumon. L'extraction fœtale est une urgence différée après contrôle de l'OAP, la prise en charge comporte une restriction hydro-sodée, diurétique de l'anse ; avec recours au digitalique en cas d'arythmie et une ventilation non invasive. Conclusion : La période péri-opératoire est greffée de complications cardiovasculaires chez les patientes atteintes d'une valvulopathie mitrale. Une auscultation cardiaque minutieuse lors des consultations prénatales pourrait dépister précocement ces cardiopathies a fin d'améliorer la prise en charge en péripartum.

P39. L'OAP HEMODYNAMIQUE : QUELS SCENARIOS ET QUELS TRAITEMENTS EN REANIMATION ?

S. HABACHA (1), Y. BLEL(1), A. M RAD(1), A. MABROUKI(1), K. MEDDEB(1), M. MARZOUK(1), I. SEDGHIANI(1), I. FATHALLAH(1), A. KAROUI(2), H. ELGHORD(1), N. KOURAICHI(1), H. THABET(2), N. BRAHMI(1), M. AMAMOU(1). **(1)** SERVICE DE REANIMATION DU CAMU. **(2)** SERVICE DES URGENCES DU CAMU.

Introduction: L'œdème aigu pulmonaire (OAP) hémodynamique est une pathologie assez fréquente dans les pays à populations vieillissantes. Le traitement et la prise en charge dépendent de la présentation clinique autrement dit du type de scénario. On se propose via cette étude d'établir le profil épidémiologique et de déterminer la nature du traitement en fonction des différents scénarios. Le deuxième objectif dans notre étude est d'évaluer nos pratiques par rapport aux recommandations. **Patients et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans notre service étalée sur 8 ans (janvier 2006 - novembre 2013), qui inclut tous les patients hospitalisés dans notre service pour un OAP hémodynamique.

Résultats: Durant la période d'étude nous avons colligé 30 cas, le sex-ratio était de 0.29. L'âge moyen était de 75 ± 11 ans. Le mode d'installation est brutal dans 37% des cas alors qu'il est progressif dans 60% des cas. Les antécédents d'HTA étaient retrouvés dans 53% des cas, une coronaropathie dans 23%, une insuffisance cardiaque congestive dans 13%, une pathologie rythmique dans 20%, une valvulopathie dans 7%, un diabète dans 47%, un asthme dans 13% et d'insuffisance rénale dans 17% des cas. Le scénario le plus fréquent est le scénario 1 présent chez 63% des malades contre 17% pour chacun des scénarios 2 et 4, et 3% pour le scénario 3 (Tableau joint). Par ailleurs, l'aspect radiologique typique de l'OAP hémodynamique en aile de papillon est présent dans 13% des cas, 33% des patients ont eu une ETT, elle était pathologique dans 24% des cas. Contrairement aux recommandations, les diurétiques ont été excessivement administrés aux patients qui ont présenté un OAP sur pic hypertensif. Par ailleurs les bêta bloquants n'ont pas été introduits au cours du séjour en réanimation, alors que les études montrent que le seul facteur indépendant de survie à un an était leur introduction précoce. **Conclusion:** L'OAP sur pic hypertensif est le scénario clinique le plus fréquemment rencontré en réanimation, afin d'appliquer les recommandations, une protocolisation du traitement doit être instaurée dans le service, en vue d'améliorer le pronostic à distance.

P40. L'ŒDEME AIGU DU POU MON AU COURS DE LA GROSSESSE

N.CHEBBI, H. CHHOUMI, F.FERHI, A.BRAHIM, K..TARMIZ, D.BENLTAEIFA, K.BEN JAZIA

Introduction: L'œdème aigu du poumon(OAP) au cours de la grossesse s'associe à une lourde morbi-mortalité materno-fœtale. Plusieurs facteurs de risque ont été rapporté telle que la pré éclampsie, la tocolyse, l'infection gravidique sévère, les pathologies cardiaque, les grossesses multiples ainsi que des facteurs iatrogènes. Le rôle de chacun de ces facteurs n'est pas clairement élucidé. On rapporte dans cette étude 27 cas d'OAP survenues chez des parturientes hospitalisées en service d'anesthésie réanimation Farhat Hachad de Sousse sur un période s'étalant du mois de janvier 2009 au mois de septembre 2013. Objectifs : Evaluer les facteurs de risque, les étiologies ainsi que les données cliniques des œdèmes aigus du poumon survenus lors de la grossesse tout en mettant l'accent sur le pronostic materno-fœtal. **Matériels et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective comportant 27 cas d'œdème aigu du poumon (OAP) survenue chez des parturientes qui ont été hospitalisées au service d'anesthésie réanimation de Farhat Hachad dans la période s'étendant du mois de janvier 2009 au mois de septembre 2013. On a étudié des paramètres démographique, l'âge, les antécédents, le terme de la grossesse, ainsi que les données cliniques, échocardiographiques et évolutifs. L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel PASW 8 statistics. **Résultats :** L'OAP est survenu chez des femmes âgées (âge moyen $31,7 \pm 5,7$) et pauci pares (gestité inférieure à 3 dans 67 %). Les grossesses étaient

non suivies dans la moitié des cas. L'OAP était survenu en prépartum chez 63% des parturientes et le terme moyen était de 33,8 SA avec des extrêmes allant de 26 à 39 SA.

P41. SYNDROME DE TAKOTSUBO-LIKE COMPLIQUANT UNE HEMORRAGIE MENINGEE : A PROPOS D'UN CAS

H BEN LAKHAL, K BEN ROMDHANE, A JAMOSSI, J BEN KHELIL, K BELKHOUSA, M BESBES. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE - HOPITAL A. MAMI - ARIANA

Introduction: Le syndrome de «Takotsubo-like» est une cause rare de cardiomyopathie. L'hémorragie méningée est rapportée parmi les étiologies de ce syndrome. Nous rapportons un cas de syndrome de Takotsubo-like en rapport avec une hémorragie méningée.

Observation: Il s'agit d'une femme âgée de 49 ans, aux antécédents de céphalées intermittentes, admise en réanimation pour détresse respiratoire associée à des convulsions et un syndrome méningé sans fièvre. La radiographie du thorax objectivait des images alvéolo-interstitielles bilatérales. L'électrocardiogramme avait montré la présence de lésion sous-endocardique en apico-latérale et en inférieure. Les troponines étaient à 23 ng/ml. Le scanner cérébral avec injection de produit de contraste avait révélé la présence d'hémorragie sous arachnoïdienne, en péri-pontique et en intra ventriculaire associées à une rupture d'un anévrysme fusiforme de l'origine de l'artère cérébrale postérieure droite. Une échographie cardiaque avait montré un aspect d'hypokinésie globale, avec dysfonction systolique du VG et une augmentation des pressions de remplissage du VG. Ces données évoquaient une cardiomyopathie de «Takotsubo-like syndrome». La conduite à tenir était de mettre la patiente sous oxygénothérapie, diurétiques, dérivés nitrés et Nimotop®, puis de la transférer en neurochirurgie pour un acte d'embolisation. La patiente a été revue après 5 mois. Elle n'avait aucune symptomatologie avec normalisation de l'électrocardiogramme, de la radiographie de thorax et de la fonction VG à l'échocardiographie. Commentaires : La cardiomyopathie du syndrome de Takotsubo-like peut être en rapport avec plusieurs étiologies, parmi eux figure l'hémorragie méningée. Celle-ci se complique de ce syndrome dans 4 à 15% des cas. La physiopathologie semble être en rapport avec une décharge de catécholamines. L'œdème aigu du poumon dans cette entité est d'origine mixte, cardiogénique et neurogénique. Le pronostic de ce syndrome semble être bon, dépend essentiellement de l'étiologie. Conclusion Le syndrome de «Takotsubo-like» est une étiologie rare de cardiomyopathie. Son diagnostic est difficile. Son traitement est double, symptomatique et étiologique.

P42. ASPECTS CLINIQUES ET THANATOLOGIQUES D'UN CAS DE TAKO-TSUBO CHEZ UN SUJET JEUNE DE SEXE MASCULIN

S. SOUII*, W. MAJDOUB**, Y. MLAIKI*, A. CHERNI*, S. MLEYEH**, O. ADOUENI***, MH BARHOUMI*, M. BAAZEOUI*, R. DERBEL*, F. HAMDJI* *SERVICE D'ANESTHESIE-REANIMATION, **SERVICE DE MEDECINE LEGALE. HOPITAL IBN EL JAZZAR KAIROUAN

Introduction: Le syndrome de Tako-Tsubo est une entité rare peut décrite dans la littérature. Elle appartient aux cardiomyopathies inclassables dont la physiopathologie reste hypothétique. Elle touche surtout les femmes d'âges avancées ayant été exposées à un stress physique ou émotionnel. **Observation:** Nous rapportons un cas atypique de Tako-Tsubo chez un homme de 43 ans, sans antécédent cardio-vasculaire, admis en réanimation dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë et de troubles de la conscience. La radiographie du thorax a montré un important œdème aiguë des poumons. Le patient a été intubé-ventilé-sédaté et mis sous diurétiques. Des modifications de l'électrocardiogramme et une élévation significative des valeurs des troponines ont été notées. L'échographie cardiaque a objectivé une akinésie antéro-latérale et une fraction d'éjection ventriculaire gauche à 42 %. Le scanner cérébral a montré une hémorragie méningée de moyenne abondance. L'évolution a été marquée par une nette amélioration clinique et para-clinique de l'atteinte cardiaque contre une aggravation de l'hémorragie cérébrale. Le patient est décédé quelques jours après. L'autopsie médico-légale a montré une pâleur sous-épicaire hémicirconférentielle de l'apex étendue à la partie moyenne du ventricule gauche et des

coronaires saines et perméables. Un examen anatomopathologique du cœur a été pratiqué. Nous proposons à partir de cette observation et d'une revue de la littérature de décrire les particularités cliniques, thanatologiques et anatomopathologiques de cette entité.

P43. RETRECISSEMENT AORTIQUE NON SERRE, MAIS SYNCOPAL !

MF. ABBES, BH. EN GHEZALA., J. BOUMIZA., A. DOGHRI, M. KADDOUR, L. NAIRI., K. BEN TAHER. SERVICE UNIVERSITAIRE DES URGENCES ET DE SOINS INTENSIFS. HOPITAL REGIONAL DE ZAGHOUAN.

Introduction: La syncope en matière de la pathologie aortique est multifactorielle. Elle est observée dans 15 à 30% des cas. **Observation:** Il s'agit de Monsieur EH., âgé de 71 ans, qui nous a été adressé pour syncopes récidivantes, essentiellement à l'effort. Le bilan cardio-vasculaire a objectivé une TA correcte, pas d'hypersensibilité des sinus carotidiens, pas de déficit sensitivomoteur, un souffle systolo-diastolique au foyer aortique, de faible intensité. L'ECG s'inscrit en rythme régulier sinusal, pas de signes en faveur d'une ischémie évolutive. L'échographie Doppler cardiaque conclut à un VG de taille normale, modérément hypertrophié, à capacité contractile conservée (fraction d'éjection=65%), une cinétique segmentaire homogène, une maladie aortique évolutive (insuffisance aortique grade II, rétrécissement aortique moyennement serré, avec une surface estimée à 1.3 cm² par application de l'équation de continuité), une masse faisant 2 cm de grand axe s'implantant au niveau sous valvulaire, faisant obstacle au niveau de la chambre de chasse, et qui était vraisemblablement à l'origine des syncopes. Le patient a été confié au chirurgien cardio-vasculaire. Une coronarographie préopératoire a révélé une atteinte bitronculaire chirurgicale. Une chirurgie combinant un double PAC + remplacement valvulaire aortique par une prothèse métallique a été réalisée avec succès. La masse syncopale était une énorme calcification sous aortique entrant dans le cadre de la pathologie valvulaire aortique. **Conclusion:** Le rétrécissement aortique calcifié est une pathologie essentiellement du sujet âgé. La survenue d'une syncope peut dicter une réparation chirurgicale indépendamment de la sévérité de la pathologie.

P44. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET EVOLUTIFS DES CARDIOMYOPATHIES DILATEES ADMISES EN MILIEU DE REANIMATION

D. LAKHDHAR, R. JABLA, H. MAAMOURI, K. BEN ROMDHANE, A. JAMOSSI, T. MERHABENE, J. BEN KHELIL, M. BESBES. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. HOPITAL ABDERRAHMEN MAMI. ARIANA

Introduction: La cardiomyopathie dilatée (CMD) est une affection de faible prévalence de l'ordre de 5 à 8/100.000 habitants. Elle est grevée d'une lourde morbi-mortalité. En réanimation, son incidence ainsi que ces caractéristiques évolutives restent peu rapportés dans la littérature. But : préciser les particularités épidémiologiques et déterminer les facteurs pronostiques de cette affection. **Matériel et méthodes:** Nous avons mené une étude rétrospective incluant des patients âgés de plus de 18 ans, présentant une insuffisance cardiaque aigue en rapport avec une CMD admis en milieu de réanimation entre Janvier 2011 et Juillet 2013. Les patients ayant un cœur pulmonaire chronique ont été exclus. Les paramètres démographiques, cliniques, biologiques, échocardiographiques, thérapeutiques et évolutifs ont été systématiquement relevés. La recherche des facteurs pronostiques a été réalisée en analyse univariée puis par une régression logistique pas à pas moyennant le logiciel SPSS 17.0. **Résultat:** durant cette période, 71 malades ont été hospitalisés pour ICA. Parmi eux 27 patients présentaient une CMD. L'incidence globale de l'ICA en rapport avec la CMD était de 2,23%. La médiane d'âge était de 62 ans avec un sexe ratio à 2. L'HTA et la cardiopathie ischémique étaient les principales comorbidités associées à la CMD dans respectivement, 51,9 % et 33,3% des cas. L'état de choc a été observé chez 11 patients (40,7%), la médiane du score de Glasgow était de 15. L'insuffisance rénale a été rapportée dans 51,9% des cas avec une médiane de clairance à la créatinine de 54,5 ml/mn. La médiane du NT-ProBNP était de 6823 pg/ml et le rapport P/F médian de 195,5. Les principaux facteurs de décompensation de la CMD étaient le syndrome coronarien aigu dans 22,2% des cas et la fibrillation auriculaire dans 15% des cas. La médiane de la FE était de

35% (10-66%), de l'ITVss aortique était de 12 et de E/E était à 11. Le recours à la ventilation mécanique invasive était nécessaire dans 29,6% des cas et la ventilation non invasive dans 40,7% des cas. L'adrénaline était l'agent inotrope le plus fréquemment utilisé dans 22,2 % des cas. La mortalité globale était de 33,3% avec une durée de séjour médiane de 02 jours. Le facteur indépendant associé à la mortalité était une ITV ss aortique < 10 cm [OR =16; IC (2,1-120,6)]. **Conclusion:** La CMD est peu fréquente en milieu de réanimation, elle est grevée d'une lourde mortalité. L'ITVss aortique < 10 cm est un facteur indépendant de mortalité.

P45. LA MODALITE D'ADMISSION DES PATIENTS INFLUENCE T- ELLE LE PRONOSTIC DU CHOC SEPTIQUE

O. JAOUED ; H. BEN SIK ALI ; R. ATIG ; R. GHARBI ; N. TILOUCHE, M. FEKIH HASEN ; S. ELATROUS. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU TAHER SFAR MAHDIA

Introduction: Le choc septique est un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation. Les patients en choc septique peuvent être admis en réanimation par le biais des urgences ou après un transfert secondaire. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique. Les patients issus d'un transfert pourraient être pris en charge plus précocement, et leur pronostic pourrait être meilleur. But de l'étude : étudier l'impact de l'origine des patients (urgence, transfert secondaire) sur la morbi-mortalité du choc septique. **Matériels et méthodes :** C'est une étude rétrospective étalée sur 12 ans (2001-2012) et réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU Taher Sfar de Mahdia. Tous les patients en choc septique étaient inclus dans cette étude. Nous avons individualisé deux groupes des patients : Groupe 1 : patients issus des urgences et Groupe 2 : patients issus d'un transfert d'un autre service de l'hôpital. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques, l'état de santé de base, le score de gravité (SAPSII), l'origine des patients, la porte d'entrée du choc septique, la charge de travail(Ω), le recours à la ventilation mécanique et à l'épuration extrarénale, la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique et la mortalité.

Résultats: Durant la période de l'étude, 261 patients d'âge moyen 60 ± 15 ans et avec un SAPSII de 48 ± 21 étaient inclus dans cette étude. La ventilation mécanique était instaurée dans 61% des cas. Les patients étaient issus des urgences dans 67% des cas et le service de médecine dans 33% des cas. La mortalité en réanimation était de 60,5%. En analyse univariée : les caractéristiques démographiques, l'état de santé antérieur, le recours à la ventilation mécanique et l'épuration extra rénale étaient similaires entre les deux groupes de l'étude. La durée de ventilation mécanique dans le groupe1 et dans le groupe2 était respectivement de 6 ± 10 jours contre 8 ± 11 jours ($p=0,116$). La valeur moyenne de Ω 1 était significativement plus élevée dans le groupe 2 (29 ± 15 contre 24 ± 13 ($p=0,011$)). La charge de travail (Ω) était de 165 ± 186 dans le groupe2 122 ± 144 dans le groupe1. La mortalité était similaire dans les deux groupes (59% dans le groupe 1 et 64% dans le groupe2 ($p=0,37$)).

Conclusion: Chez les patients en état de choc septique, la morbidité et la mortalité sont similaires quelque soit l'origine des patients. Toutefois les patients issus des services de médecines sont à l'origine d'une charge de travail plus importante.

P46. LA TEMPERATURE A L'ADMISSION AU COURS DU CHOC SEPTIQUE EST-ELLE UN FACTEUR DE PRONOSTIC ?

I. SOUISSI, M.M. BOUSSAADA, R. ATIG ; H. BEN SIK ALI. Y. TOUIL; R. GHARBI, M. FEKIH HASEN ; S ELATROUS. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU TAHER SFAR MAHDIA

Introduction : La dysthermie est fréquente en cas de sepsis sévère. L'hyperthermie réduit la multiplication bactérienne et induit la synthèse des anticorps et des cytokines. Contrairement à l'hyperthermie, l'hypothermie peut être associée à une surmortalité. Objectif : Etudier l'impact de la température sur la mortalité au cours de choc septique. **Matériels et méthodes:** C'est une étude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Tahar Sfar de Mahdia. Les patients hospitalisés pour état du choc septique entre les années (2007_2012) étaient inclus dans l'étude. Quatre groupes sont individualisés selon la valeur de la température : Groupe 1 : température $\leq 36,4^\circ\text{C}$, Groupe2 : $36,4 <$

température \leq 38.1, Groupe3 :<38.1 température \leq 38.9°C ET Groupe 4 : température>40. Les paramètres analysés sont : les caractéristiques démographiques, l'état de santé antérieur , le score de gravité (SAPS II) ,le service d'origine , la porte d'entrée , la température à l'admission , le recours à la ventilation mécanique et l'épuration extrarénale, la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique et la mortalité. **Résultats:** Durant la période de l'étude, 104 patients (âge moyen 64 \pm 17 ans, SAPS II moyen 47 \pm 19) était inclus. Dans la majorité des cas la porte d'entrée du choc septique était pulmonaire (95%). La mortalité en réanimation était de 58,3 %. Le graphique sous jacent montre l'impact de la température à l'admission sur la mortalité. La mortalité était similaires dans les groupes (avec et sans dysthémie 28% vs 30%. La durée de séjour était similaire entre les 4 groupes avec respectivement 7 \pm 4,11 \pm 2, 10 \pm 2,19 \pm 5 jours. **Conclusion:** La dysthémie ne semble pas modifier le pronostic des patients en choc septique.

P47. BILAN HYDRIQUE ET MORTALITE DANS LE CHOC SEPTIQUE

R. ATIG; H. BEN SIK ALI, R. GHARBI, I. TALIK; M. FEKIH HASEN; S. ELATROUS. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU TAHER SFAR MAHDIA.

Introduction: Le choc septique est caractérisé par une hypovolémie, associée à une vasodilatation et une anomalie de l'extraction tissulaire en oxygène. Les sociétés savantes préconisent un remplissage vasculaire important durant les 24 premières heures de l'admission. But de l'étude : déterminer l'impact d'un bilan hydrique positif sur la morbidité et la mortalité du choc septique. **Matériels et méthodes :** C'est une étude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia. Tous les patients hospitalisés pour état de choc septique entre 2007 et 2012 étaient inclus dans l'étude. Les paramètres analysés étaient : les caractéristiques démographiques, les scores de gravité, le recours à la ventilation mécanique, le bilan hydrique à j 1, j 2, j 3, la durée de séjour et la mortalité. Résultats : Cent trois patients d'âge moyen 64 \pm 17 ans et avec un SAPSII moyen 47 \pm 19 étaient inclus dans l'étude. La ventilation mécanique était instaurée dans 75% des cas. La mortalité était de 58%. En analyse uni variée, l'âge, la prédominance masculine et l'origine des patients étaient similaires dans les deux groupes (décédés et survivants). Le tableau suivant montre la relation entre le bilan hydrique et la mortalité.

Paramètre	Survivants (N :43)	Décédés (N :60)	P
J1 (ml)	840 \pm 676	1200 \pm 1460	0.055
J2 (ml)	1054 \pm 960	1562 \pm 1250	0.035
J3 (ml)	1060 \pm 900	1260 \pm 1200	0.56

Le graphique suivant montre l'impact du bilan hydrique positif et négatif sur la mortalité. En analyse multivariée le bilan hydrique positif à j1 (OR : 12 ; IC95%[1.5 ;98]), le SAPII (OR 1.46 IC 95%[1.012 ;1.08]) et le recours à la ventilation mécanique (OR : 5 ; IC95%[1.48 ;17.83], étaient les facteurs prédictifs de mortalité. Conclusion : Un bilan hydrique positif semble aggraver le pronostic des patients en état de choc septique. D'autres études sont nécessaires pour mieux évaluer la quantité de remplissage dans la prise en charge de choc septique et son impacte sur la mortalité.

P48. EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS PRONOSTIQUES DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE EN MILIEU DE REANIMATION

H. MAAMOURI, R. JABLA, D. LAKHDHAR, T. MERHABENE, A. JAMOSSI, K. BELKHOJJA, K. BEN ROMDHANE, J. BEN KHELIL, M. BESBES.

SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. HOPITAL ABDERRAHMEN MAMI. ARIANA

Introduction: L'insuffisance cardiaque aigue (ICA) est une pathologie fréquente et grave responsable d'une lourde morbi-mortalité. Elle peut survenir de novo, sur un cœur sain, ou être la décompensation d'une insuffisance cardiaque chronique. Son incidence ainsi que les facteurs menaçant son évolution en milieu de réanimation reste insuffisamment relevée dans la littérature. But : Etudier le profil épidémiologique de l'insuffisance cardiaque en milieu de réanimation et de déterminer les facteurs associés à la mortalité. **Matériels et méthodes:** Nous avons mené une étude rétrospective incluant des patients âgés de plus de 18 ans, présentant une insuffisance cardiaque aigue et admis en milieu de réanimation entre Janvier 2011 et Juillet 2013. Les patients ayant un cœur pulmonaire chronique ont été exclus.

Les paramètres démographiques, cliniques, biologiques, échocardiographiques, thérapeutiques et évolutifs ont été relevés systématiquement. La recherche des facteurs pronostiques a été réalisée en analyse univariée puis par une régression logistique pas à pas au moyen du logiciel SPSS 17.0. **Résultat:** 71 malades ont été inclus dans l'étude. L'incidence globale de l'ICA était de 5,87%. La médiane d'âge était de 67 ans avec un sexe ratio à 1,95. L'HTA et la cardiopathie ischémique étaient les principales comorbidités relevées dans respectivement, 50,7 % et 35,2%. L'ICA de type 4 était la plus fréquemment relevée dans 44,3% des cas. L'état de choc a été observé chez 25 patients (35,2%), la médiane du score de Glasgow était de 15. L'insuffisance rénale a été rapportée dans 60,6% des cas avec une médiane de clairance à la créatinine de 46 ml/mn. La médiane du taux de lactate était de 3 mmol/l et celles du taux de troponine Ic et du NT-ProBNP respectivement de 0,00 µg/ml et 6823 pg/ml. Le rapport P/F médian était de 197,5. L'insuffisance cardiaque était de type systolique dans 70,4% et diastolique dans 29,6%. Les deux principales anomalies relevées à l'échocardiographie étaient l'aspect d'une cardiomyopathie dilatée (CMD) et d'une cardiopathie ischémique (CPI) dans 39,4% chacune. Les médianes de la FE, de l'ITVss aortique et du rapport E/E étaient respectivement de 35%, 13,5 cm, et 12. Le recours à la ventilation mécanique invasive était nécessaire dans 34,3% des cas et la ventilation non invasive dans 38,6% des cas. La dobutamine était l'agent inotrope le plus fréquemment utilisé (27,1 % des cas). La mortalité globale était de 29% avec une durée de séjour médiane de 03 jours. Les facteurs indépendants associés à la mortalité étaient : une ITVss aortique < 12 cm [OR =17,2; IC (1,3-222,9)] et la survenue de complications (choc cardiogénique, SDMV, Insuffisance rénale anurique) [OR=20,2; IC (1,6-242,4)]. **Conclusion:** L'ICA de type 4 était la plus fréquemment rapportée dans notre série. Une ITVss aortique <12 cm et la survenue de complications au cours du séjour étaient des facteurs indépendants de mortalité.

P49. TRANSFORMATION D'UN SYNDROME CORONARIEN AIGU ST (+) EN ST (-) EN PER-THROMBOLYSE!

MF. ABBES, H. BEN GHEZALA, J. BOUMIZA, A. DOGHRI, M. KADDOUR, L. NAIRI, K. BEN TAHER. SERVICE UNIVERSITAIRE DES URGENCES ET DE SOINS INTENSIFS. HOPITAL REGIONAL DE ZAGHOUAN.

Introduction: L'infarctus du myocarde est la nécrose ischémique massive et systématisée du myocarde, étendue à une surface égale ou supérieure à 2cm². La réduction de la mortalité par infarctus du myocarde atteint 30% depuis 20 ans en rapport avec les progrès du traitement intensif de l'angor instable et les tentatives de limitation de la taille de la nécrose par la thrombolyse précoce ainsi que par angioplastie primaire ou de sauvetage. Parfois, la surveillance électrique en per-thrombolyse, nécessaire, met en évidence des tracés totalement atypiques révélant des phénomènes rares comme le « vol coronaire ». Nous allons le montrer à travers cette observation. **Observation:** Il s'agit de Mr. MM âgé de 60 ans, sans antécédents pathologiques, notamment sans facteurs de risque cardio-vasculaire pris en charge au service d'accueil des urgences de l'hôpital régional de Zaghouan pour douleur thoracique en rapport avec un syndrome coronarien aigu. Il a consulté nos urgences pour une scène infarctoïde évoluant depuis trente minutes, avec notion d'angor instable datant d'une semaine. Le diagnostic d'infarctus antérieur a été posé. On a entamé la thrombolyse ainsi que le traitement adjuvant à la deuxième heure par rapport au début de la douleur thoracique. L'évolution après trente minutes de fibrinolyse a été marquée par l'exagération de la douleur avec apparition paradoxale d'un courant de lésion sous endocardique en apico-latéral. La coronarographie réalisée en urgence a révélée une désobstruction complète du site coupable (IVA proximale), et une sténose serrée d'une grosse première diagonale, qui a été dilatée par stent nu. L'évolution à court et moyen terme était favorable. **Conclusion:** La cardiopathie ischémique est une pathologie complexe. L'originalité de ce cas était la non obéissance aux critères classiques de reperfusion myocardique à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde, l'exploration angiographique a expliqué ce mécanisme mystérieux, en effet ce SCA ST(+) a été avorté grâce à la

thrombolyse précoce et sa transformation en ST(-), à cause de la sténose serrée de la diagonale par « vol coronaire ».

P50. PRONOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS MECANIQUES DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE.

S. SMAIRI, MS. NAKHLI, H. ECHHOUMI, R. CHRIGUI, A. GAALOUL, A. ATTIA, R. SAÏD.
SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL - SOUSSE

Introduction: La rupture myocardique avec ses différentes formes anatomopathologiques est une complication rare de l'infarctus du myocarde aigu récent. Son incidence est de 1 à 2%, mais de pronostic souvent péjoratif. Elle représente 15 à 20 % des causes de mortalité hospitalière précoce de l'infarctus du myocarde. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et surtout des données de l'échocardiographie. Le seul traitement est la réparation chirurgicale réalisée dans les plus brefs délais. **Matériel et méthodes :** C'est une étude rétrospective sur la période de Janvier 1991 à décembre 2012 incluant les dossiers de 19 patients qui ont été transféré au service de chirurgie cardio vasculaire CHU Sahloul pour prise en charge chirurgicale de complications mécaniques de l'infarctus du myocarde. **Résultats:** L'âge moyen était 64 ans. Les complications mécaniques observées de l'IDM étaient 16 insuffisances mitrales (IM) et 3 communications inter ventriculaire (CIV). Le délai entre l'installation de l'infarctus et la survenu de la complication mécanique est en moyenne de 7 jours. Le diagnostic est porté par une ETT dans 100 % des cas, une ETO a été réalisé à 3 reprises. Une coronarographie a été réalisée chez 9 patients. 13 malades présentaient déjà un état de choc cardiogénique qui était refractaire dans 30% des cas. L'OAP est retrouvé dans 100% des cas d'IM. La revascularisation par thrombolyse a été réalisée chez 6 patients. Le délai moyen de prise en charge chirurgicale était de 14,5 heures. La mortalité post opératoire est de 100% en cas de CIV et de 50% en cas d'IM dans les premières 24 heures. **Conclusion:** Les complications mécaniques de l'infarctus du myocarde sont devenues plus rares avec l'avènement d'une stratégie de reperfusion coronarienne plus invasive et plus précoce. Le pronostic de ces complications demeure sombre. Elles restent la conséquence d'une reperfusion trop tardive. Notre déficit est de poursuivre nos efforts pour prendre les mesures diagnostiques et thérapeutiques appropriées dans les meilleurs délais.

P51. THROMBOLYSE PREHOSPITALIERE D'UN SCA ST + : ET S'IL S'AGISSAIT D'UNE DISSECTION DE L'AORTE ?

S. OTHMANI, A. HAMMAMI, D. BELLASFAR, K. MAJED, H. MAGHRAOUI, A. BEN HAMIDA, D. CHIBOUB, F. DOGHRI, C. HAMOUDA, N. BORSALI FALFOUL. SERVICE DES URGENCES LA RABTA DE TUNIS.

Introduction: Les douleurs thoraciques (DT) de l'adulte jeune sont souvent d'origine coronaire surtout chez le sujet de sexe masculin et tabagique. La thrombolyse pré-hospitalière a révolutionné le pronostic des malades présentant des DT avec un sus-décalage du segment ST, cependant, la certitude diagnostique avec en particulier l'élimination des diagnostics contre indiquant le traitement anticoagulant est une étape limitante car elle peut mettre en jeu le pronostic vital. **Observation:** Un homme de 56 ans, grand tabagique, s'est présenté à un cabinet de MLP avec une douleur thoracique et épigastrique subite, suite à un effort, irradiant au dos. L'ECG réalisé a montré un sus-décalage de ST de 1mm en V1 et V2. Un SCA avec sus décalage de ST était l'hypothèse diagnostique retenue par le médecin du SMUR et le patient a été thrombolysé en pré-hospitalier. L'examen physique aux urgences a montré une pression artérielle à 160/80 mmHg au bras droit et 170/100 au bras gauche, une fréquence cardiaque régulière à 70 bpm, un rythme respiratoire à 18cpm. La température était normale et la saturation à 97% à l'air ambiant. L'auscultation cardio-pulmonaire était normale. Il n'y avait pas de turgescence des jugulaires ni d'anisosphigmie. On a noté une légère sensibilité à la palpation de l'épigastre. Le reste de l'examen était normal. Les troponines étaient à 0,19 ng/l. L'ECG a montré des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche systolique et des changements « ST-T » dans le territoire inférieur, latéral et basal. La persistance et l'intensification de la douleur associée à

des sueurs profuses et à un état d'agitation, son caractère migratoire avec irradiation vers le dos, ont remis en doute le diagnostic initial et ont fait évoquer le diagnostic de dissection de l'aorte (DA) qui a été confirmé par l'angioscanner montrant une DA de type B. Le malade a été transféré en chirurgie cardiovasculaire, mais l'évolution ultérieure était fatale suite à un infarctus mésentérique. **Conclusion:** La DA est une pathologie potentiellement fatale qui doit être toujours évoquée devant des douleurs thoraciques avant de démarrer la thrombolyse d'un IDM afin d'accélérer leur prise en charge thérapeutique et prévenir ainsi la mise en jeu du pronostic vital à court terme.

P52. SYNDROME CORONAIRE DU SUJET AGE AUX URGENCES : COMPLICATIONS A LA PHASE AIGUE ET DEVENIR DES PATIENTS.

N.NOUIRA, S. OTHMENI, K.MAGED, S.HOUIMLI, D.BELLASFER, M.BRAMLI, D.CHIBOUB, MC.BOUALI, CH.HAMMOUDA, N.BORSALI FALFOUL. Services des Urgences CHU LA RABTA.

Introduction: Le vieillissement de la population, en Tunisie, s'accompagne d'une majoration des maladies coronaires. Les sujets âgés s'adressent directement aux urgences pour accéder au système de santé avec des difficultés croissantes d'orientation. On a essayé de déterminer les complications du syndrome coronaire aigu du sujet âgé au service d'accueil des urgences (SAU) ainsi que les facteurs associés à des difficultés d'orientation de ces patients. Patients et méthodes: étude prospective, colligeant des patients âgés de 65 ans et plus, admis pour syndrome coronarien aigu, à l'unité d'hospitalisation de courte durée du service des urgences du CHU La Rabta. **Résultats:** Cent Patients étaient colligés, répartis en 65 hommes et 35 femmes. L'âge moyen était de 73,6 ans. Les facteurs de risque retrouvés étaient essentiellement: l'HTA (62%), le tabac (56%), et le diabète (38%), 30% des patients cumulaient trois affections chroniques. Dans 44,3% des cas, la symptomatologie était atypique. 58% des patients étaient hospitalisés pour syndrome coronarien non ST+ et 42% pour syndrome coronarien ST+. Dans notre étude, 24 patients avaient présenté des complications: Trois patients ont présenté un choc cardiogénique, un BAV complet non régressif était observé chez 5 patients, une TV chez 4 patients et une TJ chez 3 autres patients, un AVC hémorragique suite à une thrombolyse par Streptokinase ; les signes d'IVG étaient relevés chez 8 patients. Les troubles du rythme, de la conduction et le choc cardiogénique étaient des facteurs prédictifs de mortalité précoce aux urgences ($p=0.01$). Dans notre série 37,8% des cas dans le groupe non st+ ont passé tout le séjour hospitalier aux urgences, les facteurs associés à des difficultés d'hospitalisation des sujets âgés dans des unités de cardiologie étaient principalement: l'âge avancé, le délai de consultation prolongé, le genre féminin, l'insuffisance rénale chronique, l'association de deux comorbidités ou plus, une douleur thoracique atypique, la dyspnée comme motif de consultation, l'altération de l'état de conscience, la fièvre, les signes cliniques et radiologiques d'IVG, le recours au moyen de réanimation ($p<0.05$). **Conclusion:** Depuis ces dernières années, les difficultés d'hospitalisation, surtout celles des sujets âgés consultants pour un SCA, à partir des urgences, n'ont cessé de croître, la survenue de complications à la phase aigue du SCA avec recours au moyen de réanimation aux urgences rend cette tâche plus laborieuse. On doit opter vers la création de filières de soins gériatriques, permettant d'adapter l'offre de soins aux besoins de ces personnes âgées.

P53. ISCHEMIE AIGUE DU MEMBRE INFERIEUR REVELATRICE D'UNE DISSECTION ETENDUE DE L'AORTE

N. MGHAIETH, YZ.ELHECHEMI, K. ZAUCHE, A. CHARGUI, O. MATHLOUTHI, M. KHALFA, M. REZGUI, Z. JERBI. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU HABIB THAMEUR. TUNIS

Introduction: La dissection de l'aorte est une urgence cardiovasculaire. Elle est grevée d'une lourde mortalité du fait d'un début brutal et d'une évolution rapide. Les complications emboliques sont extrêmement rares. Nous rapportons l'observation d'un patient admis aux urgences pour monoparésie et ischémie aigue du membre inférieur gauche qui a révélé une

dissection de l'aorte. **Observation:** Mr AZ âgé de 67 ans aux antécédents d'hyperpression artérielle diagnostiquée depuis 04 mois avec mal observance thérapeutique consulte pour douleur thoracique constrictive irradiant vers le dos, d'installation brutale, depuis moins de deux heures, associée à une monoparésie et froideur de son membre inférieur gauche. Le diagnostic de dissection de l'aorte a été retenu après la réalisation d'un angioscanner thoracoabdominal montrant une dissection de l'aorte thoracique et abdominale débutant au pied de l'artère sous-clavière gauche étendue avec des embols artériels. Le patient a été mis sous nicardipine à la pousse seringue électrique, héparine non fractionnée et morphine en sous cutanée ; L'évolution à été marquée par la disparition de la monoparésie et des signes d'ischémie aigue de son membre inférieur gauche. Conclusion : Les manifestations emboliques ne sont pas fréquentes au cours de la dissection aortique, l'ischémie post-embolique d'un membre est une complication pouvant devenir grave en dehors d'un traitement rapidement conduit. Le traitement médical conservateur peut être suffisant dans ce cas. Le pronostic étant lié à la rapidité diagnostique et thérapeutique, une dissection aortique devra toujours être évoquée devant une monoparésie ou des signes d'ischémie aigue associés aux douleurs thoraciques.

P54. PARTICULARITE DE L'ARRET CARDIAQUE SUITE A UN EFFET STABILISANT DE MEMBRANE

I. SEDGHIANI (1) , Y. BLEL (1), A. M RAD (1), M. MARZOUK (1), K. MEDDEB (1), S. HABACHA (1), I. FATHALLAH (1), H. ELGHORD, N. KOURAICHI (1), H. THABET (2), N. BRAHMI N (1), M. AMAMOU (1). (1) SERVICE DE RÉANIMATION DU CAMU. (2) SERVICE DES URGENCIÉS DU CAMU.

Introduction: Les toxiques avec effet stabilisant de membrane (ESM) peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Le tableau clinique associe des anomalies à l'électrocardiogramme et une défaillance hémodynamique. La mortalité reste élevée et semble incompressible malgré les progrès pharmacologiques faits en réanimation. Le but de notre observation est de préciser les particularités de la prise en charge de l'arrêt cardio-circulatoire en cas d'intoxication par un médicament à ESM. **Observation:** Nous rapportons l'observation d'une patiente de 31 ans suivie en psychiatrie pour trouble bipolaire traitée par des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de sérotonine, des benzodiazépines et de la carbamazépine. Elle a été hospitalisée à H4 de l'ingestion d'une quantité non précise de carbamazépine. La patiente était en coma calme (GCS=6) avec des pupilles en mydriase bilatérale. L'état hémodynamique était initialement stable. L'ECG avait montré un RRS à 93/mn, des QRS fins et un QTc =0,49 sec. La carbamazépinémie à H4 était à 26 mg/L. La patiente était intubée, ventilée et a eu une décontamination digestive par des doses répétées de charbon activé. L'évolution a été marquée par la survenue, à H15 de l'intoxication, de crises convulsives généralisées cédant aux benzodiazépines, suivies quelques minutes après d'une arythmie à QRS larges et d'un arrêt cardiaque qui a récupéré au bout de 10 minutes de réanimation cardiocirculatoire (MCE,CEE, Adrénaline). A la reprise d'une activité cardiaque, les QRS étaient larges à 0,20 sec, avec une instabilité hémodynamique, nécessitant sa mise sous adrénaline à la PSE. Les troubles conductifs qu'a présentés cette patiente ont été attribués à un ESM. L'adjonction de fortes doses de bicarbonate (1000 ml de Bicarbonate semi molaire) a permis d'affiner instantanément le complexe QRS et d'arrêter rapidement l'adrénaline. Une évaluation échographique de la fonction cardiaque a montré un VG non dilaté, à fonction systolique conservée et à cinétique homogène. La patiente a été mise sortante après un séjour de 83 jour consciente sans déficit moteur. Discussion Notre observation illustre la gravité des intoxications par les médicaments ayant un ESM. Plusieurs travaux ont montré une corrélation entre les troubles conductifs et la survenue de crise convulsive. La prise en charge de l'arrêt cardiaque qui fait suite à un ESM doit inclure impérativement l'administration de bicarbonate à forte dose vu son effet immédiat sur les troubles conductifs. Conclusion L'effet stabilisant de membrane, à l'origine d'une défaillance cardio-circulatoire, peut rapidement mettre en jeu le pronostic vital. La précocité de prise en charge dépend de la rapidité de reconnaissance des éléments cliniques et électrocardiographiques, de l'ESM.

P55. DYSPNEE DU POST PARTUM : CAS CLINIQUE D'UNE CARDIOMYOPATHIE DU PERIPARTUM

I. BRAHEM, A. HAMDY, K. FATHALLAH, A. MEMMI, W. DENGUEZLI, M. FEKIH, S. HIDAR, M. BIBI, H. KHAIRI, GAHBICHE.K*, ECHHOUMI.H*, SMAIRI.S*, BOUSLEMA.A*, BRAHIM.A*, FERHI.F*, TARMIZ.K*, BELTAIFA.D*, BEN JAZIA.K* SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE CHU FARHAT HACHED.SOUSSE

Introduction: La cardiomyopathie du péripartum (CMPP) dont la pathogénie reste mal connue est caractérisée par une défaillance myocardique qui peut survenir durant le dernier mois de la grossesse et jusqu'à cinq mois après l'accouchement. Nous rapportons le cas d'une patiente de 26 ans ayant présenté une cardiomyopathie du péripartum à la suite d'une prééclampsie sévère. **Observation:** Une patiente de 36 ans sans antécédents pathologiques consulte les urgences gynécologiques à 37 semaines d'aménorrhée pour saignement génital. Les explorations concluent à une prééclampsie sévère compliquée d'un hématome rétro placentaire, HELLP syndrome et mort in utero. Après expulsion d'un mort née la patiente a présenté une hémorragie de la délivrance qui s'est corrigée après transfusion et nalador®. A J1 post partum la patiente a présenté une insuffisance rénale oligoanurique avec une CL à 24 ml/mn ne répondant pas au diurétique après restitution de la volémie. Une détresse respiratoire a rapidement survécu avec polypnée à 35-40 c/mn et une désaturation à 80 %. La Radio thorax montre un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral sans cardiomégalie, l'ECG était normal. Le diagnostic de surcharge a été initialement retenu et une séance d'hémodialyse(HD) a été réalisée en urgence sans nette amélioration. Le diagnostic de CMPP est alors évoqué confirmé par un dosage de BNP supérieure à 35000 et une échographie cardiaque qui montre un ventricule à fonction systolique globalement altérée FE à 35% avec élévation des pressions de remplissage. Initialement une aggravation respiratoire et rénale est survenue nécessitant IEC, inhibiteurs calciques, dérivé nitré et séances d'HD. Après 3 semaines la patiente a repris une diurèse avec amélioration de l'état respiratoire et cardiaque (FE 50%). Mise sortante à J32. **Conclusion :** La CMPP est une atteinte rare mais grave engageant le pronostic vital de la patiente et de son fœtus. Elle est le plus souvent diagnostiquée avec retard du fait de l'absence de signe pathognomonique. La vigilance sur les signes cliniques et leur évolution doit faire pratiquer au moindre doute une échographie cardiaque, qui est le seul moyen pour confirmer le diagnostic et pour en limiter la sous-estimation.

P56. L'HEMORRAGIE GRAVE DU POSTPARTUM

I. BRAHEM, DH. GHANNEM, R. HMILA, K. FATHALLAH, A. MEMMI, W. DENGUEZLI, M. FEKIH, S. HIDAR, M. BIBI, H. KHAIRI, GAHBICHE.K*, ECHHOUMI.H*, GMATI.S*, SMAIRI.S*, BOUSLEMA.A*, BRAHIM.A*, FERHI.F*, TARMIZ.K*, BELTAIFA.D*, BEN JAZIA.K* SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE CHU FARHAT HACHED.SOUSSE

Introduction : L'hémorragie du postpartum (HGPP) est la première cause de mortalité et de morbidité maternelle dans le monde. Le pronostic maternel dépend de la précocité et de la qualité de la prise en charge qui doit être multidisciplinaire associant la correction du choc hémorragique et des troubles de l'hémostase et des gestes obstétricaux. **Objectifs:** Identifier les principaux facteurs de risque et le diagnostic étiologique. • Etayer les principes de la prise en charge de HGPP. **Matériels et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective des dossiers des patientes ayant présenté une HGPP au service de gynécologie -obstétrique de sousse sur une période s'étendant de janvier 2011 au mois de décembre 2012. **RESULTATS :** • L'HPP a constitué 1.2 % des accouchements dont 0.6 % d' HGPP. • L'âge moyen des patientes était de 32 ans. • La parité moyenne était de 2. • Le terme moyen est de 37 SA. • L'étiologie la plus fréquente est l'inertie utérine. **Conclusion :** Les étiologies de l'HPP sont dominées par les inerties utérines. L'identification des facteurs de risque permet de sélectionner les patientes devant faire l'objet de mesures préventives. Les indications du traitement dépendent de l'intensité et de la gravité de l'HPP.

P57. Cardiomyopathie du péri-partum: Syndrome de Meadows : A propos de un cas

M. MAHFOUDH, S. KOUWASS, R. CHRIGUI, W. FRIGUI, N. SGHAYER, L. GRATI, M. SAKKOUHI.

Introduction: La cardiomyopathie du péripartum (CMPP) est une cardiomyopathie congestive d'étiologie indéterminée. Elle touche des femmes sans antécédents cardiorespiratoires et met en jeu leur pronostic vital et fonctionnel. **Observation:** Patiente âgée de 42 ans, consulte à J4 post partum pour une dyspnée à type d'orthopnée évoluant depuis 12 heures, associée à une toux productive avec expectorations mousseuses, sans fièvre ni douleurs thoraciques. L'examen à l'admission trouve une fréquence respiratoire à 38 c/min. La TA est à 14/8. La patiente est tachycarde à 112 bts/minute. L'auscultation pulmonaire retrouve des râles crépitant basaux bilatéraux. L'auscultation cardiaque trouve une tachycardie régulière avec un souffle systolique 3/6 au foyer mitral. Une turgescence spontanée des jugulaires sans hépatomégalie est notée ainsi qu'un discret oedème pré tibial bilatéral. La radiographie de thorax de face trouve une cardiomégalie avec un ICT à 0,65, un épaississement de la petite scissure et une redistribution vasculaire vers les sommets. L'échographie cardiaque trans-thoracique montre à une dilatation des 4 cavités cardiaques et une altération globale de la fonction ventriculaire la FEVG estimée à 30 %. Le diagnostic de cardiomyopathie du péri partum a été posé. la patiente été mise sous traitement médical à base de diurétique et d'IEC (Captopril*). L'évolution est favorable avec un retour à la normale de la fonction cardiaque à l'échographie cardiaque au bout de 2 mois. Discussion : La CMPP est définie par l'apparition dans le dernier mois de grossesse et jusqu'à 5 mois en postpartum d'une cardiomyopathie dilatée associée à une défaillance ventriculaire gauche, chez une femme antérieurement en bonne santé. Son incidence est variable dans le monde (de 1/100 à 1/15 000). Elle est caractérisée par les signes d'insuffisance cardiaque congestive qui débutent dans la majorité des cas dans le post partum associant des oedèmes des membres inférieurs, une dyspnée et des palpitations. Les complications révélatrices comprennent l'oedème aigu du poumon, la décompensation cardiaque globale et l'accident vasculaire embolique à partir d'un thrombus ventriculaire gauche fréquent en dessous de 35 % de fraction d'éjection. La confirmation diagnostique se fait par l'échographie cardiaque. En plus du pronostic vital qui est mis en jeu par insuffisance cardiaque terminale, trouble du rythme ou pathologie embolique (10 à 50 % de mortalité), le pronostic fonctionnel reste réservé avec le risque d'insuffisance cardiaque persistante. Une récupération ad integrum de la fonction systolique est n'observée que dans 23 à 31 % des cas. Elle est maximale dans les 6 à 12 premiers mois suivant la grossesse mais peut se prolonger sur plusieurs années. : Le but du traitement est de diminuer la pré charge, diminuer la post charge et augmenter la contractilité myocardique. Le meilleur traitement permettant de diminuer la post charge sont les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC). *La diminution de la pré charge peut être assurée par les dérivés nitrés et par les diurétiques. Ces derniers doivent être utilisés avec précaution pendant la grossesse à cause du risque de déshydratation. La digoxine a un effet inotrope positif mais elle est surtout utile comme anti arythmique supra ventriculaire. Le traitement de la décompensation cardiaque est identique à toute autre forme d'insuffisance cardiaque systolique aiguë. Les tonicardiaques seront de dernier recours avant la transplantation cardiaque. L'introduction d'un anticoagulant est à discuter en cas de fonction systolique < 35 % en raison du risque emboligène accru. Pour faire bénéficier la mère d'une meilleure prise en charge, l'extraction rapide du fœtus est recommandée devant la faible risque de prématurité, étant, par définition, aux derniers mois de grossesse. Si les conditions locales sont favorables et que l'état hémodynamique de la patiente le permet, la voie basse es t autorisée. Dans le cas contraire (conditions locales défavorables et/ou insuffisance VG), la césarienne est préférée. **CONCLUSION :** Pathologie rare, d'étiologie inconnue. Son traitement est symptomatique, elle est à haut taux de mortalité et pouvant récidiver lors de la prochaine grossesse.

P58. SYNDROME DE MEDOWS A PROPOS D'UN CAS.

A. ABDALLAH, H. SMAALI, L.GARGOURI, M. DRBASLY, R. RACHDI. MATERNITE DE L'HOPITAL MILITAIRE DE TUNIS

Observation: Nous rapportons le cas de madame EF sans antécédents notables G3P3 qui a été césarisée à notre service pour souffrance fœtale aigue ;césarienne déroulée sous rachianesthésie initialement, en per opératoire la patiente a présenté une instabilité hémodynamique associé à un tableau d'insuffisance cardiaque nécessitant son intubation et transfert en unité de réanimation ,le diagnostic de cardiomyopathie du péripartum (CMPP) a été porté avec bonne évolution initiale sous digitaline et régime hyposodé avec une aggravation secondaire responsable de son décès à J16 postpartum. A travers ce cas colligé à la maternité de l'hôpital militaire de Tunis et une revue de littérature on déterminera 1/les principaux critères épidémiologiques et cliniques des CMPP 2/les modalités de prise en charge et les éléments occasionnant le pronostic maternel et fœtal.

P59. CARDIOMYOPATHIE DU PERI-PARTUM : À PROPOS D UN CAS

I. BRAHEM, A. HAMDI, K. FATHALLAH, A. MEMMI, W. DENGUEZLI, M. FEKIH, S. HIDAR, M. BIBI, H. KHAIRI, GAHBICHE.K*, ECHHOUMI.H*, SMAIRI.S*, BOUSLEMA.A*, BRAHIM.A*, FERHI.F*, TARMIZ.K*, BELTAIFA.D*, BEN JAZIA.K* SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE CHU FARHAT HACHED.SOUSSE

Introduction: La cardiomyopathie du péripartum est une pathologie rare et méconnue. Elle est définie comme une insuffisance cardiaque survenant le dernier mois de la grossesse ou les cinq premiers mois du post-partum d'étiologie inconnue. Son étiologie est inconnue. C'est une cardiomyopathie sans signes spécifiques cliniques, échographiques ou histologiques. Objectif: Rapporter le cas d'une patiente présentant une cardiomyopathie en cours de grossesse et exposer les données de la littérature concernant cette pathologie. **Observation** : Nous rapportons le cas d'une patiente de 39 ans, G8 P8, enceinte à 31 SA. Elle a été hospitalisée dans un service de cardiologie dans un tableau d'insuffisance cardiaque gauche fait de : orthopnée, râles crépitants aux 2 bases pulmonaires. A l'échocardiographie, elle avait une FE 30 %. A noter, qu'elle n'avait pas d'antécédents cardiaques particuliers. Le traitement de première intention était à base de digitalodurétique. Sur le plan obstétrical, la patiente avait une mort fœtale in utero sans anomalies de l'hémostase. La conduite à tenir a été d'évacuer la grossesse sous monitoring des constantes hémodynamiques et respiratoires. L'évolution à court terme était favorable, mais la patiente a gardé une fonction VG altérée **CONCLUSION** : Étant aux derniers mois de la grossesse et afin de faire bénéficier la mère d'une meilleure prise en charge, l'extraction rapide du fœtus est souvent indiquée. Si les conditions sont favorables et si l'état hémodynamique de la patiente le permet, la voie basse est autorisée. Dans le cas contraire, la césarienne est préférée. Dans l'intervalle séparant le diagnostic de l'extraction du fœtus, les dérivés nitrés et les diurétiques sont d'un grand secours .La transplantation cardiaque est la dernière alternative chez les patientes qui demeurent symptomatiques (stade III-IV de la NYHA) malgré un traitement médical maximal. Le taux de mortalité est estimé à 30 % avec 75 % des patientes qui reprennent une fonction cardiaque normale. Le risque de récurrence est élevé allant de 50 à 100 % des cas.

P60. DISSECTION DE L'AORTE ABDOMINALE REVELEE PAR UNE PARAPLEGIE SECONDAIRE A UN TRAUMATISME LOMBAIRE

M. MEKKI, Y. GUERBOUJ, A. SAYHI, A. LAMOUCHE, N. BEN MEFTEH, A. SELMENE, I. SKOURI, Y. KALAI, K. MEHREZ, A. KHELIL. S.A.U H.M.T.MAAMOURI NABEUL

Introduction: Les traumatismes fermés de l'aorte abdominale sont rares comme en attestent les classiques études de traumatologie. Nous apportons un nouveau cas de traumatisme fermé de l'aorte abdominale remarquable par l'existence d'une paraplégie et anatomiquement par une dissection aortique. **Observation:** Il s'agit d'un patient âgé de 18

ans sans antécédents pathologiques notables consultant à nos urgences pour lombalgies et impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs d'installation récente secondaire à une chute d'une échelle datant de quatre jours. L'examen aux urgences trouvait un patient conscient (CGS15/15), TA : 20/10, apyrétique, abdomen souple et dépressible, lésions ecchymotiques et à type d'écorchures en regard du rachis lombaire, un déficit sensitivomoteur complet et bilatéral des deux membres inférieurs. La radiographie du bassin et du rachis lombaire étaient normales ainsi que l'examen TDM, l'échographie abdominale ne visualisait pas d'épanchement intrapéritoneal. Devant ce tableau clinique et la normalité du bilan radiologique lombaire une pathologie vasculaire a été fortement suspectée. L'examen des axes vasculaires des deux membres inférieurs a révélé l'absence des pouls fémoraux et distaux bilatéraux. Un angioscanner abdominal a été réalisé confirmant le diagnostic de dissection de l'aorte abdominale en objectivant un flap intimal. Le patient est décédé en per-opératoire. **Conclusion:** Les lésions aortiques abdominales par traumatisme fermé doivent être reconnues afin d'être systématiquement recherchées après certains accidents et évoqués non seulement devant des signes vasculaires mais également devant des signes neurologiques en vue d'un diagnostic et d'une revascularisation précoces

P61. L'HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE A PROPOS DE 79 CAS.

F. MEDHIOUB, O. TURKI, N. BEN ALGIA, R. ALLELA, R. AMMAR, K. CHTARA, H.GHADHOUN, A. CHAARI, H. DAMMAK, M. BAHLOUL, H. CHELLY, C. BEN HAMIDA, M.BOUAZIZ. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE, CHU HABIB BOURGUIBA, SFAX, TUNISIE

Introduction: L'hémorragie de la délivrance représente l'une des premières urgences obstétrico-médicales. C'un accident imprévisible et l'une des étiologies de morbi mortalité maternelle. But Etudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques chez les patientes obstétricales hospitalisées en réanimation pour hémorragie de la délivrance. **Patientes et Méthodes:** Notre étude est rétrospective et inclut tous les cas d'hémorragie de la délivrance 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, 79 ont présenté une hémorragie de la délivrance (10.8%). La grossesse a été suivie chez 30 femmes (37.9%). L'âge moyen des patientes a été de 31 ± 4.3 ans. La parité moyenne a été de 2.9 ± 1.5 . Une atonie utérine a été présente chez 37 patientes (46%), la rétention placentaire chez 29 % des patientes et la rupture utérine chez 15 % des patientes. Le taux moyen d'hémoglobine a été de 8.5 ± 2.1 g/dl, celui des plaquettes est de $93 \times 10 \pm 25$ 103 par mm³, celui du taux de prothrombine est de $63.6 \pm 4.5\%$. Une CIVD a été notée dans 40 cas (50 %), un état de choc dans 19 cas (24%), une insuffisance rénale aiguë dans 17 cas (21%) et un oedème aigu du poumon dans 14 cas (17%). L'accouchement a été par voie basse dans 77 % des cas. Le traitement de première intention a été le Syntocinon. Le recours au Nalador a été observé chez 60 % des patientes. Le traitement chirurgical a été nécessaire chez 9 patientes. La ventilation artificielle de plus de 24 heures a été nécessaire chez 30 % des cas, 26 patientes (32%) 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 ± 2.2 jours. La mortalité a touché 4 patientes (5%) **Conclusion:** La prévention des hémorragies de la délivrance est une attitude à avoir lors de tout accouchement. Une surveillance attentive du mécanisme, le recueil soigneux de l'hémorragie, la prévention pharmacologique et la compensation rapide de l'hypovolémie sont les pièces maîtresses du dispositif permettant de juguler la plupart des hémorragies de la délivrance.

P62. LA COAGULATION INTRAVASCULAIRE DISSEMINÉE DES PATIENTES OBSTÉTRICALES EN MILIEU DE RÉANIMATION : ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET CLINIQUE À PROPOS DE 201 CAS

F. MEDHIOUB ; N. BACCOUCH; R. AMMAR; N. BEN ALGIA; K. CHTARA; H. GHADHOUN; A. CHAARI; H. CHELLY; M. BAHLOUL; C. BEN HAMIDA; M. BOUAZIZ. SERVICE DE RÉANIMATION MÉDICALE, CHU HABIB BOURGUIBA, SFAX, TUNISIE

Introduction: La coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) est l'activation systémique diffuse et non contrôlée de la coagulation avec génération exagérée de thrombine. Survenue chez les patientes obstétricales, elle se surajoute à des pathologies gravidiques graves et assombrit le pronostic materno-fœtal. But Étudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patientes obstétricales hospitalisées en réanimation et qui ont présenté une CIVD. **Patientes et Méthodes:** Notre étude est rétrospective, menée sur une période de 20 ans (1993 - 2012). Elle inclut toutes les patientes obstétricales hospitalisées au service de réanimation médicale et qui ont présenté une CIVD. **Résultats:** Durant notre période d'étude, 725 patientes ont été hospitalisées en réanimation en post partum. Parmi ces patientes, 201 ont présenté une CIVD (27.7 %). La grossesse a été suivie médicalement chez 79 femmes (39.3 %). L'âge moyen des patientes a été de 28 ± 4.3 ans. La parité moyenne a été de 1.7 ± 1.2 . L'âge gestationnel moyen a été de 34.8 ± 2.9 semaines. L'HTA gravidique a été notée dans 110 cas (54 %), un HRP dans 75 cas (37.3 %), un HELLP syndrome dans 70 cas (34.8 %), une hémorragie de la délivrance dans 40 cas (19 %), une éclampsie dans 27 cas (13.4 %), une CIVD dans 20 cas (10 %). Les deux anomalies le plus souvent retrouvées sont le TP bas et la thrombopénie. L'accouchement a été par césarienne en urgence dans 161 cas (80 %). La ventilation artificielle de plus de 24 heures a été nécessaire dans 79 cas (39.3 %), 43 patientes (21.3 %) ont reçu une transfusion (culot globulaire et/ou plasma frais congelé et/ou culot plaquettaire). L'hystérectomie d'hémostase a été nécessaire chez 5 patientes. La durée moyenne de séjour en réanimation a été de 2.7 ± 2.2 jours. La mortalité a touché 12 patientes (5.9 %). **Conclusion:** La CIVD est une complication fréquente des pathologies obstétricales. Son évolution est imprévisible et sa prise en charge est multi disciplinaire. Le dépistage des femmes à risque permettra de réduire la fréquence de cette complication.

P63. SYNDROME DE SHEEHAN : COMPLICATION GRAVE DU POST PARTUM.

K. GAHBICHE, S. SMAIRI, T. GUIZANI, H. ECHHOUMI, A. BRAHIM, SA. LAMA, F. FERHI, TARMIZ.K, BD. EN LETAIFA, K. BEN JAZIA, I. BRAHEM *, G. DHOUHA *, R. LOUIRIMI *, Y. BOUATAY *, M. FEKIH *, H. KHAIRI * Service d'Anesthésie Réanimation CHU Farhat Hached Sousse. *Service de Gynécologie Obstétrique CHU Farhat Hached Sousse

Introduction : La nécrose hypophysaire du post partum (sheehan) est une pathologie rare et de diagnostic souvent retardé vu que les signes inauguraux sont souvent imputés à d'autres causes. Nous rapportons l'observation d'un syndrome de sheehan chez une grande multipare âgée de 42 ans qui a eu dans les suites immédiates d'un accouchement instrumental une hémorragie de la délivrance compliquée d'un état de choc hémorragique . Le diagnostic a été fait par l'IRM cérébrale pratiquée à j 8 post partum. **Observation :** Une femme de 42 ans sans antécédents pathologiques notables ; grande multipare G7P5A1 avec utérus cicatriciel, grossesse actuelle non suivie, se présente pour accouchement. L'accouchement s'est fait par forceps après un travail. Une délivrance artificielle ainsi qu'une révision utérine ont été immédiatement pratiquées et ont objectivé une déhiscence complète de la cicatrice utérine compliquée d'un état de choc hémorragique qui a nécessité une hystérectomie d'hémostase. En post opératoire, l'absence de montée laiteuse et la survenue de plusieurs épisodes d'hypoglycémie ont motivé la réalisation d'une IRM cérébrale à j8 post opératoire qui a objectivé une hémorragie hypophysaire en faveur d'un syndrome de sheehan, confirmé par la biologie. **CONCLUSION:** Cette observation est typique du

syndrome de sheehan. C'est un diagnostic difficile est souvent méconnu à la phase aigue. L'exploration endocrinologique des axes antéhypophysaires ainsi qu'une IRM cérébrale ne doivent pas être retardées et permettent d'établir le diagnostic et d'entamer le traitement.

P64. Tachycardie ventriculaire révélatrice d'une myocardite

L. BEN ALAYA NAGUEZ; M. HAMDJ; M. YAHYA ; S. MILOUCHI; S. FERJANI. S. Service de réanimation Hôpital régional Habib Bourguiba, Médenine

Introduction : La survenue d'une tachycardie ventriculaire (TV) inaugurale chez une patiente de 71 ans évoque en premier lieu une origine coronarienne. En l'absence d'argument pour cette étiologie sont alors évoquées les autres affections cardiaques habituellement en cause (cardiopathie dilatée, cardiopathie hypertrophique, cardiopathie valvulaire, dysplasie arythmogène, QT long...). **Observation**: Une patiente de 71 ans hospitalisée en réanimation pour TV inaugurale rebelle à la Cordarone mais réduite par choc électrique externe à 300J. Celle-ci est restée inexplicite au terme du bilan étiologique initial, (échographie cardiaque, coronarographie et exploration électro physiologique). Une imagerie par résonance magnétique cardiaque faite ultérieurement a objectivé une myocardite. **DISCUSSION** : Le diagnostic de myocardite virale doit systématiquement être évoqué devant des TV inexplicites, surtout si il existe un contexte viral associé. L'imagerie par résonance magnétique cardiaque est un examen de choix puisqu'il s'agit d'une technique non invasive dont les résultats fournissent une orientation diagnostique et pronostique déterminante et conditionnent la prise en charge ultérieure du patient.

P65. DEFAILLANCE MULTI VISCERALE SECONDAIRE A UNE ENVENIMATION VIPERIENNE.

T. GUIZAN, K. GAHBICHE, S. GMATI, R. BEN ATTIA, A. AMARA, S. NAKHLI, H. CHEMCHIK, W. NAIJA, R. SAID. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL - SOUSSE

Introduction : On recense environ 5 millions de cas de morsures vipérines par an dans le monde, la majorité d'entre elles sont des formes purement locales et d'évolution favorable. Néanmoins une envenimation grave est toujours à redouter et impose alors une hospitalisation pour surveillance d'au moins 6 heures pour s'assurer de l'absence des signes généraux. **Observation**: Patiente âgée de 75 ans victime d'une envenimation par une vipère au niveau de son index droit. L'évolution était marquée par l'apparition d'une défaillance neurologique secondaire à une thrombophlébite cérébrale, une défaillance hémodynamique secondaire à un IDM inférieur, une défaillance respiratoire avec SDRA, une défaillance rénale secondaire à une rhabdomyolyse et une défaillance hématologique avec une CIVD. Elle est décédée 10 jours après son admission. **Discussion** : Les morsures de serpents sont toujours inquiétantes, mais l'absence d'œdème et de signes généraux dans un délai de 6 heures traduit l'absence de l'envenimation et le patient peut rentrer à domicile sous surveillance. Contrairement à la littérature, dans notre cas l'apparition de ces signes était après 8 heures. La conduite à tenir diffère selon le niveau d'envenimation habituellement évalué selon une gradation à 4 niveaux. **Conclusion**: Cet accident reste peu fréquent, mais il est accompagné d'une morbi-mortalité non négligeable. La présentation clinique est très variable allant des signes locaux jusqu'à la défaillance multi viscérale. Ces signes cliniques débutent en général 6 heures après la morsure. La prise en charge dépend du grade de la symptomatologie clinique.

P66. PARTICULARITES CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DE L'EMBOLIE PULMONAIRE AUX URGENCES.

A. HAMMAMI, S. OTHMANI, D. BELLASFAR, K. MAJED, M. MODHAFFER, D. CHIBOUB, H. MAGHRAOUI, C. BOUALI, C. HAMOUDA, N. BORSALI FALFOUL. SERVICE DES URGENCES. CHU LA RABTA

Introduction: L'embolie pulmonaire (EP) demeure une affection fréquente et potentiellement grave. Le but de notre travail était de déterminer les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'EP à l'UHCD de la Rabta. Méthode : Étude rétrospective, incluant les patients hospitalisés à l'UHCD de Juillet à Novembre 2013 et présentant une EP confirmée. Ont été relevés et analysés, les données cliniques, le score de WELLS, paracliniques, thérapeutiques et évolutives. **Résultats :** Nous avons colligé 31 patients. L'âge médian était de 71 ans (22 à 93 ans). Le sex-ratio était à 1,4. Le score de WELLS médian était à 4,5. Les principaux facteurs de risque étaient : l'alitement (35,5%), la BPCO (25,8%) et une chirurgie récente (19%). Les principaux signes de découverte étaient une dyspnée chez 81% patients, associée ou non à une douleur thoracique dans 45% des cas. Le début de la symptomatologie était brutal dans 52% des cas. Une syncope était notée chez deux patients. Les signes physiques étaient dominés par la tachycardie (87%) et la polypnée (83%). Trois patients présentaient un état de choc. Les signes d'insuffisance cardiaques droite étaient observés chez 45% des malades. L'électrocardiogramme a montré des anomalies électriques chez 27 patients (87%). La radiographie du thorax a montré des anomalies chez 78% des patients. La gazométrie artérielle a mis en évidence une hypoxie, une hypocapnie et une acidose métabolique, respectivement chez 54%, 63 % et 60% des patients. Les D-Dimères étaient négatives chez un patient. L'écho doppler a mis en évidence une thrombophlébite étendue chez 5 patients. L'EP à l'angioscanner thoracique était proximale chez 40 % des patients et bilatérale chez 67%. Tous les patients ont reçu des HBPM à dose curative avec relais précoce par les AVK. La fibrinolyse était réalisée chez 6 patients. Aucune complication hémorragique majeure n'a été relevée. La durée de séjour médiane était de 71 heures. 42% des patients ont été hospitalisés dans un service de médecine. La mortalité était de 16%. En analyse univariée, l'existence d'une syncope, d'une hypoxie, d'un taux de troponines positif, d'un état de choc et le recours à la ventilation mécanique étaient des facteurs prédictifs de mortalité. **Conclusion:** La tachycardie et la polypnée sont les principales données cliniques de l'embolie pulmonaire aux urgences. L'existence d'une syncope, d'une hypoxie, d'une défaillance hémodynamique et le recours à la ventilation mécanique sont les facteurs prédictifs de mortalité. La fibrinolyse, indiquée chez 6 patients, n'a pas entraîné de complications hémorragiques majeures. Mots clés : EP; UHCD; mortalité.

P67. EMBOLIE PULMONAIRE ET GROSSESSE

I.FARHAT, L. GARGOURI, M.KHLEIFI, I. BEN YOUSSEF, MN. BOUYAHIA, M. KDOUS, M. FERCHIOU. F. ZHIOUA. SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE. HOPITAL AZIZA OTHMANA. TUNIS

Introduction: L'embolie pulmonaire (EP), durant la grossesse et le post-partum, représente l'une des premières causes de mortalité maternelle. L'incidence de la pathologie veineuse thrombo embolique (PVTE) est comprise entre 0,3 et 1 événement pour 1000 grossesses, de la conception à leur terme, soit 7 à 10 fois plus que dans la population générale. Objectif Décrire les données épidémiologiques, les facteurs de risque, les signes cliniques et les modalités de prise en charge de l'embolie pulmonaire au cours de la grossesse. Matériel et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur neuf cas d'embolie pulmonaire colligés au sein de la maternité de Aziza Othmana de 2009 à 2012. Résultats On a recensé neuf cas d'embolie pulmonaire : un seul cas au premier trimestre (une grossesse extra utérine),deux cas au troisième trimestre dont une parturiente avait un syndrome des anticorps anti phospholipides connu, et les six autres cas sont survenus en post partum. Hormis la patiente connue porteuse d'un syndrome des anticorps anti phospholipides, aucun antécédent pathologique particulier n'a été rapporté. La symptomatologie est apparue, chez quatre patientes en post partum précoce (<48 heures) et chez deux patientes au-delà. Aucune des patientes incluses n'avait de thrombophlébite concomitante du membre inférieur. L'angio scanner thoracique a permis de faire le diagnostic positif dans sept cas, les

deux autres cas (patientes au troisième trimestre) ont été confirmés par la scintigraphie pulmonaire. Le traitement à base d'HBPM à dose curative jusqu'à l'accouchement (programmé à 38 semaines d'aménorrhée) a été préconisé chez les deux patientes au troisième trimestre. Les autres ont eu un relais par les AVK au bout de cinq jours en préconisant une supplémentation en vitamine K pour les bébés. Aucun décès n'a été noté. Conclusion La survenue d'embolie pulmonaire durant la grossesse et le post partum, est majorée par l'hypercoagulabilité physiologique induite par cet état. Le diagnostic positif reste indispensable vu le caractère assez lourd des implications thérapeutiques qui en découlent.

P68. ENDOCARDITE DE LIBMAN SACHS REVELATRICE D'UN LUPUS ERYTHEMATEUX SYSTEMIQUE : A PROPOS D'UN CAS

H.MATEUR; I. CHOUCHE; A. KHEDER; J. BAROUDI; R. BOUNEB; A. FARJALLAH; K. ALOUI; S. BOUCHOUCHA. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU FARHAT HACHED. SOUSSE.

Introduction: Le lupus érythémateux systémique (LES) est une affection auto-immune systémique caractérisée par son polymorphisme clinique. Son expression est le plus souvent marquée par des lésions rhumatologiques, dermatologiques et néphrologiques, plus rarement cardiaque et respiratoire. L'endocardite de Libman Sachs (ELS) décrite en 1924 apparaît dans l'immense majorité des cas au cours de LES évolué et en pleine activité. Nous rapportons le cas rare d'une ELS révélatrice d'un LES chez une patiente de 53 ans.

Observation: Madame SF hypertendue depuis 22 ans se plaint depuis un an d'arthralgies de type inflammatoire touchant les 2 mains et les 2 genoux pour lesquelles elle est hospitalisée en rhumatologie pour exploration. La survenue d'un AVC ischémique sylvien droit à J4 d'hospitalisation révèle à l'échocardiographie une végétation mobile de 1 cm sur le versant ventriculaire de la grande valve mitrale, avec une discrète fuite mitrale. Le diagnostic d'endocardite bactérienne est retenu malgré l'apyrexie, une CRP, une leucocytose normales et des AAN positifs (1/3200) ; néanmoins des anticorps anti DNA natifs, anti Sm et anti phospholipides sont négatifs. Le reste du bilan est sans anomalies en dehors d'une anémie (6,5 g/dl) normochrome normocytaire et d'un syndrome interstitiel pulmonaire attribué à un OAP. La fonction rénale est normale (89Umol/l) sans protéinurie. Un traitement antibiotique est entamé à J6 (ampicilline –gentamycine). L'absence d'amélioration clinique après 12 jours d'antibiothérapie et l'apparition d'une protéinurie supérieure à 3 g /24H amène à réaliser une PBR à J22. Celle-ci révèle une glomérulonéphrite mésoangiale avec dépôt d'IgA, d'IgG et de C3 spécifique d'une atteinte lupique. La mise en œuvre d'une corticothérapie par bolus de solumédrol (1g/j) relayée par de la prédnisone (1mg/kg/j) amène à une amélioration clinique rapide et significative (signes articulaires, état général) avec régression de la protéinurie et de la taille de la végétation mitrale (10mm à 7mm). Commentaires : L'ELS concerne près de 10% de LES confirmés habituellement, en activité et après une durée évolutive de plusieurs années. Dans le cas rapporté, ces caractéristiques classiques ne sont pas vérifiées et l'ELS a révélé une maladie lupique méconnue après avoir été confondu initialement. Divers éléments chez notre patiente auraient pu cependant faire suspecter. a) Tous les critères d'une endocardite bactérienne classique n'étaient pas réunis : absence de fièvre, d'élévation et de la CRP, de la leucocytose. b) La présence de manifestations singulières suggestives d'une maladie systémique : poly arthralgies depuis 1 an et l'atteinte pulmonaire interstitielle inexplicables. Ces dernières manifestations sont cependant insuffisantes à faire évoquer un LES d'autant que les anticorps anti DNA et Sm étaient négatifs ; ce n'est que la PBR indiquée en raison d'une protéinurie qui a permis de poser sans réserve le diagnostic de LES. Conclusion : Contrairement aux données classiques une ELS peut inaugurer le tableau clinique d'un LES. Son diagnostic différentiel avec une endocardite bactérienne reste difficile.

P69. HEMORRAGIE GRAVE DU POST PARTUM: ETUDE DESCRIPTIVE A PROPOS DE 46 CAS

D. GHANNEM, A. CHOUCHE, M. CHELLY, H. LANDOLSI, H. LAAJILI, MG.SAKOUHI. Centre de gynéco obstétrique et de néonatalogie de Monastir

Introduction-Objectifs: L'hémorragie grave du postpartum est un accident redoutable pouvant compromettre la vie et ou la fertilité de la patiente.

Le but de ce travail est d'analyser la prévalence de cet accident, les caractéristiques étiologiques, les traitements appliqués et les facteurs de risques.

Matériels et méthodes: Etude prospective portant sur 46 cas colligés l'année 2012.

Résultats: L'incidence des hémorragies grave du post-partum est de 0,4%. Les facteurs de risques et les étiologies étaient dominés par les pathologies vasculaires (essentiellement l'RP), Les anomalies d'insertion placentaires, la césarienne non programmée, l'anomalie de la 3ème phase du travail et la prématurité. Toutes les patientes ont été transfusées. L'hystérectomie d'hémostase a été réalisée chez 6 patientes. 14 patientes ont été transférées au service de réanimation. Trois décès maternels ont été notés.

Conclusion: La prévalence des hémorragies grave du post-partum est aussi faible dans notre série comme dans la littérature. L'amélioration du pronostic maternel passe par une action préventive agissant sur les facteurs de risqué.

P70. HEMORRAGIE GRAVE ET HYSTERECTOMIE D'HEMOSTASE A PROPOS DE 41 ANS CAS

D. GHANNEM, I. BRAHAM, A. CHOUCHENE., M. CHELLY.M, H. LANDOLSI, M. SAKOUHI.
Centre de gynéco obstétrique et néonatalogie de Monastir

Introduction et objectifs: Déterminer la fréquence, les indications, et les difficultés de prise en charge des hémorragies graves du post-partum avec hystérectomie d hémostase dans un pays en voie de développement. Le deuxième objectif était d évaluer le pronostic maternel, de proposer des conduites à tenir appropriées et d évaluer les moyens matériels et humains nécessaires afin de réduire l incidence de cette intervention. **Patients et méthodes** Étude prospective mono centrique réalisée durant une année. **Résultats:** Trois mille deux cent cinquante-cinq accouchements ont eu lieu, 41 hystérectomies d'hémostase pour hémorragie grave de la délivrance ont été réalisées, soit 1,25 %. La moyenne d âge de nos patientes était de 32,76. Les grandes multipares (plus de cinq enfants) étaient les plus souvent concernées (24 patientes). Trente et une patientes présentaient une hémorragie active, 11 étaient en état de choc lors de l admission. Les principales indications de l hystérectomie étaient représentées par un HRP (21 patientes), une atonie utérine (11 patientes), une rupture utérine (trois patientes), une plaie de la filière génitale (trois patientes) et un cas de placenta accreta avec inversion utérine. Dans un tiers des cas une CIVD était associée au tableau clinique. L'hystérectomie a été subtotale dans la plupart des cas (27 patientes). Enfin, les taux de décès maternel (neuf patientes) et périnatal (31 nouveau-nés) sont élevés dans notre série, consécutifs aux conditions d'admission des patientes comme aux moyens de réanimation insuffisants dont dispose notre service. **Discussion et conclusion:** Une prévention de l hémorragie de la délivrance et des nouvelles stratégies thérapeutiques s'impose pour améliorer la prise en charge de l hémorragie grave du post-partum dans nos régions. C'est cependant la maîtrise technique du geste chirurgical vital qui est indispensable.

P71. L'ISCHEMIE DIGITALE : ETUDE DESCRIPTIVE DE 23 CAS.

S. DADAA, A. AZOUZI, M. KACEM, D. BRAHMI, A. REZGUI, C. LAOUANI. SERVICE DE MEDECINE INTERNE. SAHLOUL. SOUSSE

Introduction: L'ischémie digitale est un acrosyndrome vasculaire permanent .C'est la traduction clinique d'une atteinte de la microcirculation. Son stade ultime est la nécrose. Le but de notre étude est d'étudier les étiologies des ischémies digitales, leurs présentations cliniques et leurs associations factorielles **Patients et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 13 ans allant du 1er Janvier 1999 au 31 Décembre 2012 au service de Médecine Interne du CHU Sahloul de Sousse, colligeant 33 cas d'ischémie digitale. **Résultats** Le facteur de risque le plus fréquemment incriminé était le tabac retrouvé dans 18 cas. Les troubles neurologiques étaient trouvés dans deux cas, l'un

avait présenté une hémiparésie gauche et l'autre une parésie des deux membres inférieurs. Une atteinte veineuse était notée dans deux cas, il s'agissait d'une thrombophlébite. La recherche des anticorps anti nucléaires étaient positifs dans 4 cas sur 12 patients. Les anticorps anti phospholipides étaient positifs chez trois malades. Le diagnostic le plus fréquent était l'athérome, et chez les femmes la connectivite. Le traitement médical était proposé dans 21 cas et le traitement chirurgical dans 8 cas. L'évolution était favorable pour 11 patients, une amputation a été nécessaire dans 3 cas. Une récurrence était constatée chez un patient. **Conclusion:** Les nécroses digitales sont souvent en relation avec une pathologie vasculaire. Les étiologies sont nombreuses, surtout en relation avec une artériopathie chez l'homme et une connectivite chez la femme. Le rôle de l'interniste dans le diagnostic étiologique de ces pathologies est essentiel afin de réaliser un bilan exhaustif, orienté et une prise en charge optimale de ces pathologies.

P72. LE ROLE DE LA SALLE DE DECHOQUAGE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES MEDICALES DANS LE SERVICE DES URGENCES DU CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET DES GRANDS BRULES

K.ELIFA, H.FARHAT, HADDED, M.MILEDI, M.TRABELSI. SERVICE DES URGENCES DU CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET DES GRANDS BRULES

Introduction : Le centre de traumatologie et des grands brûlés, et depuis la date de sa création en 2008, s'est trouvé en face de plusieurs défis en liaison avec sa localisation et l'évolution des événements dans la région et dans tout le pays, aboutissant à se confronter contre un flux croissant des malades mettant les différents services du centre devant la nécessité de fournir un soin idéal qui répond à leurs exigences. Le service des urgences, en particulier la salle de déchoquage, est le premier maillon de la chaîne pour répondre à ces exigences, non sauf pour les consultants pour un motif traumatologique, mais aussi bien pour ceux qui consultent pour des motifs médicaux. Le but de ce travail est d'évaluer l'activité de la salle de déchoquage du centre de traumatologie et des grands brûlés dans la prise en charge des différents malades quelque soit le motif de consultation. **Matériels et méthodes:** Cette étude a été réalisée à travers la surveillance de l'activité de la salle de déchoquage du service des urgences du centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous entre 17 Mars et 17 Juin 2012. **Résultats et discussion :** 176 malades ont été admis à la salle de déchoquage du service des urgences du centre de traumatologie et des grands brûlés entre 17 mars et 17 juin 2012 dont 139 cas consultent pour des motifs de traumatologie et 37 cas consultent pour des motifs médicaux. L'évolution du nombre des malades admis à la salle de déchoquage est stable avec une légère recrudescence durant le mois de Mai 2012. Le Sex-ratio est égale à 0,39. Une dominance des malades jeunes dont les âges sont entre 14 ans et 40 ans avec une moyenne d'âge de 37,54 ans a été observé. Pour les malades pris en charge à la salle de déchoquage pour des motifs médicaux ; 38% ont été pris en charge pour des arrêts cardio-respiratoire suite à des complications maladies cardio vasculaires, 19% pour des crises de nerfs, 14% pour des maladies infectieuses et Syndrome de détresse respiratoire aigue, 11% pour des maladies métaboliques et 10% pour des tentatives de suicide médicamenteuses et par raticide. Pour les malades pris en charge à la salle de déchoquage pour des motifs de traumatologie, 50% sont des polytraumatisés, 16% sont des traumatismes crâniens et 12% sont des cas d'immolations. 32 cas d'arrêt cardio-respiratoire ont été enregistrés dont 02 récupérés aux urgences et 07 cas sont arrivés décédés. 21, 02% des malades pris en charge à la salle de déchoquage ont été soignés et mis sortants, 13,64% ont été transférés vers des autres structures sanitaires publiques. 47,16% ont été hospitalisés ; 42% au service de réanimation et au service des brûlés et 58% au service de chirurgie et au service d'orthopédie. **Conclusion:** Certes, la salle de déchoquage du centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous est entrain de se confronter avec une diversification des cas médicaux à prendre en charge autre que les malades de traumatologie, d'où la nécessité de la formation du personnel du service des urgences pour qu'il puisse acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir les soins nécessaires à tout les malades et bien préparer le terrain pour la prise en charge de tout les malades quelque soit le motif de consultation.

P73. PERICARDITE CHRONIQUE CONSTRICTIVE : APPORT DIAGNOSTIQUE DES EXAMENS D'IMAGERIE MODERNE. À PROPOS D'UN CAS

A.TLIBA, N.BOUSSETA, I.FATHALLAH, F.AJILI, I.GHARSALLAH, I.METOUJ, N. BEN ABDELHAFIDH, J. LABIDI, B.LOUZIR, S. OTHMANI. SERVICE DE MEDECINE INTERNE HOPITAL MILITAIRE DE TUNIS

Introduction: La péricardite chronique constrictive (PCC) est une maladie rare mais grave définie par la transformation du péricarde en une coque rigide inextensible altérant l'expansion diastolique du cœur. Le diagnostic est désormais aisé par les explorations radiologiques et hémodynamiques. Nous rapportons une observation didactique pour rappeler les différents examens complémentaires permettant d'affirmer la constriction et ainsi d'éliminer une cardiopathie restrictive. **Observation:** Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans sans antécédents médicaux particuliers qui consulte pour œdème bilatéral du membre inférieur avec distension abdominale et une dyspnée stade II de la NYHA évoluant depuis six mois. L'examen clinique retrouve un patient normotendu, avec des bruits du cœur assourdis sans souffle et à l'auscultation pulmonaire un syndrome pleural clinique de la base droite. On retrouve les œdèmes des membres inférieurs avec un abdomen distendu et une matité déclive des flancs sans hépatomégalie ni turgescence jugulaire. La radiographie thoracique objective une cardiomégalie avec un aspect en carafe sans calcifications péricardiques. L'électrocardiogramme s'inscrit en rythme régulier sinusal avec un aspect de microvoltage et des troubles diffus de la repolarisation. Il n'y avait pas d'anomalie au bilan biologique mise à part une ascension de la Pro BNP à 473 pg/ml. L'échocardiographie transthoracique retrouve un ventricule gauche non hypertrophié et non dilaté, un ventricule droit dilaté avec fonction systolique légèrement abaissée et une dilatation bi-auriculaire notable. La veine cave inférieure est très dilatée (35 mm) et non compliant avec dilatation des veines sus-hépatiques. Ces anomalies évocatrices de constriction sont confirmées par le cathétérisme cardiaque qui retrouve une égalisation des pressions diastoliques ventriculaires avec aspect caractéristique en dip-plateau. Concernant l'étiologie de cette PCC, l'intradermoréaction à la tuberculine et les sérologies virales sont négatives. Le coro-scanner retrouve un épaississement péricardique quasi circonférentiel calcifié. Compte tenu du retentissement général, l'indication d'un geste chirurgical a été retenue. Le patient a bénéficié d'une péricardectomie avec des suites opératoires simples et une régression complète des symptômes. L'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire ne retrouvait pas d'arguments pour une tuberculose. Nous avons alors retenu le diagnostic de PCC idiopathique. **Conclusion:** La PCC est une maladie rare mais grave le plus souvent révélée par un tableau d'insuffisance cardiaque droite évoluée. Il est parfois difficile en l'absence de calcifications péricardiques de différencier cette affection des myocardiopathies restrictives qui sont le diagnostic différentiel essentiel. Il faut alors savoir multiplier les sources d'information qui recueillent des paramètres anatomiques et physiopathologiques permettant d'affirmer le diagnostic.

P74. LIGATURE DES ARTERES HYPOGASTRIQUES ET HEMORRAGIE GRAVE DU POST PARTUM : A PROPOS DE 22.

D. GHANNEM, I. BRAHAM, A.CHOUCHE, M. CHELLY, H. LANDOLSI, M.SAKOUHI. Centre de gynéco obstétrique et néonatalogie de Monastir

Introduction: L'hémorragie du post-partum (HPP) reste la première cause de mortalité maternelle en Tunisie et dans le monde (140 000 décès par an, soit une femme toutes les quatre minutes). Elle constitue de ce fait un réel problème de santé publique. Une prise en charge rapide et codifiée faisant appel à des mesures obstétricales et médicales est le plus souvent efficace, néanmoins le recours aux mesures chirurgicales s'avère parfois nécessaires. La ligature bilatérale des artères hypogastriques constitue une alternative chirurgicale intéressante pour un traitement chirurgical conservateur permettant de préserver la fertilité. Objectif : Evaluer l'efficacité et la morbidité de la LBAH dans la prise en charge chirurgicale des HPP. **Patientes et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur

une période de 5 ans, de Janvier 2008 à Décembre 2012 incluant toutes les patientes ayant bénéficié d'une ligature bilatérale des artères hypogastriques dans le cadre de la prise en charge d'une hémorragie grave du postpartum. **Résultats** : Durant cette période de 5 ans nous avons colligé 22 patientes ayant bénéficié d'une LBAH. L'âge moyen de nos patientes était de 32,4 ans, la parité moyenne était de 2,6 (de 1 à 6). L'accouchement s'est déroulé par les voies naturelles dans 6cas (27,3%) et par césarienne dans les 16 autres cas (72,7%).L'indication du traitement chirurgical a été porté après échec des mesures obstétricales et médicales. La ligature des artères hypogastriques a été réalisée d'emblée dans 86,3% des cas, et après échec d'autres mesures chirurgicales dans 13,7% des cas. Au total la ligature bilatérale des artères hypogastriques a permis de juguler l'hémorragie chez 20 de nos patientes soit un taux de succès de 91%, dans les 2 autres cas, une hystérectomie d'hémostase a été nécessaire. Aucune complication per ou postopératoire inhérente à la LBAH n'a été observée. **Conclusion**: La ligature bilatérale des artères hypogastriques constitue une technique efficace mais délicate pour la prise en charge chirurgicale de l'hémorragie grave du postpartum, elle nécessite une maîtrise parfaite de sa technique. Son apprentissage et sa pratique devrait être élargis d'autant plus qu'il s'agit d'une méthode chirurgicale conservatrice permettant de contrôler l'hémorragie et préserver l'utérus.

P75. PLACE DU FACTEUR VII ACTIVE RECOMBINANT DANS LES HEMORRAGIES GRAVES DU POST PARTUM

FARHAT.I, SAOUDI.S, GARGOURI.L, CHANNOUFI.MB, B.MARZOUK.S, MAGHRBI.H.
Service A , CMNT

Introduction: Le facteur VIIar pourrait être un agent hémostatique d'ultime recours dans le traitement des hémorragies de la délivrance réfractaire aux thérapeutiques usuelles. Nous rapportons 4 cas chez qui nous avons eu recours aux FVIIar. **Matériels et méthodes**: Il s'agit d'une étude rétrospective. 4 cas étaient colligés au service A du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis durant les 2011-2012. Nous avons relevé le moment de l'administration du FVIIar, la dose, les gestes chirurgicaux associés, les besoins transfusionnels avant et après l'utilisation du FVIIar ainsi que l'évolution ultérieure. **Résultats**: Les principaux facteurs de risque de l'HGPP étaient le travail rapide, le travail prolongé ainsi que la multiparité. La voie d'accouchement : 3 césariennes et un par voie basse. L'origine de l'hémorragie était dominé par l'atonie utérine avec une déchirure cervicale a été retrouvé chez une patiente. Toutes les patientes étaient hysterectomisées. La transfusion moyenne avant le FVIIar était de 14 CG, 22 PFC, 20 CP, et 2 g de fibrinogène. Toutes les patientes ont nécessité l'administration du FVIIar. Le délai moyen d'administration était de 8 heures. Deux évolutions favorables et deux décès. **Conclusion**: L'HGPP est une complication redoutable. Le rVIIa constitue un agent hémostatique d'ultime recours dans le traitement de ces hémorragies réfractaires aux thérapeutiques usuelles. Cependant, il ne doit pas être considéré comme une alternative à la chirurgie ou l'mobilisation et son utilisation est indissociable de l'apport de produit sanguin labiles.

P76. ETAT DE CHOC HEMORRAGIQUE PAR RUPTURE UTERINE SUR UTERUS SAIN: A PROPOS D UN CAS.

L. GARGOURI, I. FARHAT, I. BEN.YOUSSEF, S. SAOUDI, M. BOUYAHIA, M. KHROUF. M, KDOUD, M. FERCHIOU. SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE. HOPITAL AZIZA OTHMANA

Introduction: La rupture utérine en cours de travail est une complication grave mettant en jeu le pronostic vital maternel et foetal, pouvant compromettre l'avenir obstétrical de la patiente en l'absence de prise en charge immédiate. Elle survient en général sur utérus cicatriciel et reste exceptionnel sur un utérus sain. Objectif Décrire les aspects cliniques et les thérapeutiques de la rupture utérine sur utérus sain **Matériels et méthodes**: Nous rapportons le cas d'une rupture utérine sur utérus sain survenue chez une troisième geste Troisième pare de 36 ans. **Résultats**: Le diagnostic de rupture utérine est évoqué en post-

partum immédiat face à une hémorragie de la délivrance compliquée d'un état de choc hémorragique. Le traitement a consisté en une hystérectomie d'hémostase vue la rupture étendue de la commissure cervicale gauche jusqu'à l'origine du ligament rond gauche. L'intervention était encadrée par une réanimation active avec transfusion de culots globulaires et de plasma frais congelé. L'évolution était favorable au prix d'un pronostic de fertilité définitivement condamné. **Conclusion:** La rupture utérine sur utérus sain, quoique rare, doit être redoutée surtout en cas de multiparité, d'usage intempestif d'ocytociques et de manœuvres obstétricales.

P77. HEMATOME RETRO PLACENTAIRE SUR UN PLACENTA PRAEVIA ANTERIEUR TOTALEMENT RECOUVRANT: A PROPOS D UN CAS.

L. GARGOURI, I. FARHAT, I. BEN.YOUSSEF, M. KHLEIFI, M. BOUYAHIA, M. KHROUF, M. KDOUD, M. FERCHIOU. SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE. HOPITAL AZIZA OTHMANA

Introduction: Le placenta praevia hémorragique est une urgence obstétricale mettant en jeu le pronostic vital maternel et foetal, d'où l'impérative d'un diagnostic immédiat. Le premier diagnostic différentiel est l'hématome rétro placentaire. Cependant, l'association des deux reste possible quoique rare. **Observation:** Nous rapportons le cas d'un hématome rétro placentaire survenu dans notre service à un terme de 34 SA 4 jours chez une patiente deuxième pare hospitalisée pour placenta praevia recouvrant ayant un utérus cicatriciel âgée de 30 ans. Les deux diagnostics étant évoqués alors que le diagnostic de placenta accreta reste peu probable après les données échographiques. Nous allons discuter leurs aspects cliniques et leurs implications thérapeutiques en insistant sur leur association possible qui multiplie la morbi-mortalité.

P78. VALVULOPATHIES ET GROSSESSE (A PROPOS DE 26 CAS)

T. GUIZANI, K. GAHBICHE, A. BRAHIM, F. FERHI, A. SLAMA, TARMIZ.K, D. BEN LETAIFA, K. BEN JAZIA, T. TRIMECH**, S. HAMAYEL**, F. MOATEMRI**, S. ERNEZ **, A. MAHDHAOUI **, G. JERIDI ** Service d'Anesthésie-Réanimation CHU Farhat Hached-Sousse. **Service de Cardiologie CHU Farhat Hached-Sousse

Introduction: La grossesse chez une femme ayant une cardiopathie est relativement rare mais constitue une cause importante de morbidité, voire de mortalité maternelle vu les modifications cardio-circulatoires qui se produisent au cours de la grossesse et du post-partum susceptibles d'aggraver la cardiopathie. L'objectif de ce travail est d'analyser la prise en charge en péri-partum des parturientes valvulopathes. **Matériels et méthodes:** Analyse rétrospective de dossiers médicaux des patientes valvulopathes admises au service de gynécologie et obstétrique pour prise en charge de leurs accouchements sur une période de 16 ans allant de décembre 1997 à décembre 2012. **Résultats:** 26 cas de valvulopathies ont été colligés. L'âge moyen était de 31 ans ; Le terme moyen était de 36 SA; La valvulopathie la plus fréquente était le rétrécissement mitral (11 cas) dont 4 ont bénéficié d'une DMPC au cours de la grossesse. 3 cas de RM étaient non connues diagnostiquées à l'occasion d'une poussée d'IVG. La gestion des patientes sous anticoagulant passait par un relai par HNF en pré-partum avec arrêt 4 h avant l'acte et une reprise HNF 4h après acte avec comme objectif TCK (2-3 x témoin). En postpartum immédiat, 4 patientes ont présenté un OAP cardiogénique. Aucun cas d'endocardite infectieuse ni de complication thromboemboliques. **Discussion:** Le rétrécissement mitral isolé ou associé à d'autres valvulopathies constitue la valvulopathie chronique rhumatismale la plus fréquente de la grossesse. Le travail et l'accouchement chez la femme valvulaire sont des périodes à haut risque de décompensation cardiaque. La pose d'une prothèse mitrale doit être proposée avant toute conception avec une gestion de l'anti coagulation (héparine /AVK) en préconisant l'héparine entre la 6^{ème}-12^{ème} SA et à partir de la 36^{ème} SA. La voie d'accouchement est un sujet à

contre-verse. La césarienne expose la patiente à un double risque anesthésique et opératoire. Elle est donc réservée aux seules indications obstétricales et selon certains auteurs aux cas de décompensation cardiaque avec valvulopathie au stade III et IV de la NYHA et PAPS > 50 mmhg. Le RM expose au risque d'événements cardiovasculaires d'environ 5% en cas de RM serré avec surface mitrale < 1.5 cm² alors qu'elle est < à 1% dans les RM peu symptomatiques, risque surtout à type de fibrillation auriculaire et d'œdème pulmonaire aigu. L'OAP est favorisé par la tachycardie, l'augmentation du débit cardiaque ; l'augmentation de la volémie notamment par un apport excessif de liquide en péripartum et par la perte de la systole auriculaire en cas de FA indiquant des mesures de sécurité en périopératoire. Le risque d'endocardite au cours de la grossesse est une complication rare mais grevée d'un pronostic sombre. **Conclusion:** Bien que la mortalité maternelle est en régression, la morbidité d'origine cardiaque reste importante pour la femme et son enfant justifiant une prise en charge multidisciplinaire; une bonne compréhension des risques spécifiques de chaque pathologie et une planification de la grossesse.

P79. REANIMATION ET PRISE EN CHARGE DES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES SEVERES.

BRAHEM, A. HAMDI, K. FATHALLAH, A. MEMMI, W. DENGUEZLI, M. FEKIH, S. HIDAR, M. BIBI, H. KHAIRI, K. GAHBICHE*, H. ECHHOUMI*, S. SMAIRI*, A. BOUSLEMA*, A. BRAHIM*, F.FERHI.F*, K. TARMIZ *, D. BELTAIFA *, K. BEN JAZIA. * Service de Gynécologie Obstétrique CHU Farhat Hached Sousse ; *Service d'anesthésie-réanimation CHU Farhat Hached Sousse

Introduction : L'apparition en début de grossesse de vomissements représente soit un signe banal parmi les signes neuro-sympathiques de la grossesse, soit une complication sévère voir gravissime dont l'évolution pourrait être mortelle : 0,3 à 1 % des femmes enceintes présentent des vomissements graves. Le dépistage et la prise en charge précoce peuvent avoir des effets majeurs sur la santé de la femme et sur sa qualité de vie durant la grossesse de même que des répercussions financières sur le système de santé. But : Etayer les modalités de prise en charge et les protocoles de réanimation des vomissements gravidiques sévères. **Matériel et méthodes :** Etude rétrospective à propos de 30 cas colligés au service de gynécologie obstétrique au CHU de sousse : 2011-2012. **Résultat:** Age des patientes varie entre 19 à 41 ans avec un âge moyen de : 27 ans. Gestité moyenne: 2 Parité moyenne : 1 Age moyen des grossesses : 12 SA. La gravité était jugée sur : l'abondance et la fréquence des vomissements; retentissement sur l'état général (amaigrissement, déshydratation, oligurie, troubles neurologiques) ; troubles hydro électrolytiques. La prise en charge comportait : une hospitalisation systématique en milieu de réanimation gynécologique, isolation, repos digestif, réanimation hydro électrolytique, traitement anti émétique plus ou moins IPP, moyennant une surveillance rigoureuse du poids, de la diurèse, de la fréquence des vomissements, ionogramme 1 ou 2 fois/jour en fonction de la fréquence des vomissements. Durée moyenne d'hospitalisation : 7 jours. Avec des extrêmes de 2 à 41 jours. **Conclusion:** Les vomissements gravidiques sont fréquents, et le plus souvent non compliqués. Cependant leur persistance et leur aggravation peuvent aboutir à des complications maternelles graves. Deux principes dominant la thérapeutique: - Traiter précocement. -Proportionner le traitement à l'importance des symptômes.

THEME RESPIRATOIRE

P80. SDRA REVELANT UNE HEMOSIDEROSE PULMONAIRE

O. BOUYAHIA, H. HAFSI, S. BEN MESSOUD, F. FRIHA K. MNIF, S. BOUKTHIR, A. SAMMOUD. SERVICE DE MEDECINE C, HOPITAL D'ENFANTS DE TUNIS

Introduction: L'hémosidérose pulmonaire idiopathique (HPI) est une affection rare d'étiologie inconnue. Elle associe une symptomatologie respiratoire due à une hémorragie pulmonaire à une anémie chronique. Sa révélation par un syndrome de détresse respiratoire aigue de type adulte (SDRA) est exceptionnelle. **Observation :** fille de 2 ans et demi a été hospitalisée pour dyspnée aigue fébrile. L'examen a montré une hypotrophie et une pâleur. La radiographie de thorax a montré des images alvéolaires bilatérales, les gazs du sang ont montré une acidose respiratoire avec un pH à 7.2, une Pa O₂/FiO₂ à 101 mmHg, une Pa CO₂ à 57mmHg et des HCO₃⁻ à 24mmol/l. La biologie a mis en évidence une anémie hypochrome microcytaire. Le diagnostic de SDRA a été retenu et l'enfant a été intubé et ventilé en CIPAP et mis sous Claforan®, Voncomycine® et Amiklin®. L'aspiration ramenait des sécrétions abondantes et sanguinolentes. Le diagnostic d'HPI a été retenu sur la mise en évidence de sidérophages dans le lavage broncho alvéolaire. L'enquête étiologique était négative. La cortico dépendance a indiqué sa mise sous azathioprine. **Conclusion.** Le diagnostic d'HP doit être évoqué devant toute attente respiratoire associée à une anémie hypochrome ou une anémie hypochrome trainante sous traitement martial, la corticodépendance indique l'association précoce d'immunosuppresseur afin d'éviter les effets délétères de la corticothérapie en particulier sur la croissance.

P81. HEMORRAGIE INTRA-ALVEOLAIRE EN REANIMATION : ETUDE DESCRIPTIVE ET PRONOSTIQUE

A. JAMOUCSI(1), H. MAAMOURI(1), D. LAKHDHER(1), T. MERHEBENE(1), K. BELKHOUJA(1), K. BEN ROMDHANE(1), C. CHEBBI(2), F. MEZNI(2), J. BEN KHELIL(1), M. BESBES(1).

(1)SERVICE DE REANIMATION RESPIRATOIRE HOPITAL A.MAMI. (2)SERVICE D'ANATOMO-PATHOLOGIE HOPITAL A.MAMI

Introduction: L'hémorragie intra-alvéolaire (HIA) est une urgence thérapeutique en raison de son retentissement respiratoire pouvant réaliser un tableau de SDRA engageant le pronostic vital. **OBJECTIF** Evaluer la gravité et déterminer la mortalité des patients ayant une HIA admis en réanimation. **Matériels et méthodes** Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus les patients présentant une HIA admis en réanimation entre 2009 et 2013. Chez tous ces patients, nous avons relevé des données démographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives. **Résultats** Au cours des 5 années de l'étude, nous avons colligé 30 cas d'HIA. La médiane de l'âge était de 42 ans [18 - 75] et le sexe ratio de 0,61. La médiane de l'IGSII était de 22,5 [6 - 52]. Une insuffisance respiratoire aigue était présente à l'admission chez 23 malades (77%) avec une médiane du rapport PaO₂/FiO₂ de 190 mm Hg [81 - 471]. Sur le plan étiologique, l'HIA était d'origine immunologique dans 9 cas (29%) et non immunologique dans les 21 autres cas (71 %). Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 18 malades (58%) : non invasive chez 7 malades (23 %) et invasive chez 11 malades (35%) ; tous présentaient, le jour du diagnostic de l'HIA, un tableau de SDRA. Le SDRA était, selon la classification de Berlin : sévère dans 5 cas, modéré dans 9 cas et léger dans 4 cas. La médiane de la durée de séjour était de 12 jours [1 - 66]. La mortalité globale était de 23 % (7 malades) dont 5 dans un tableau de défaillance multiviscérale. En analyse univariée, 2 facteurs prédictifs de mortalité ont été identifiés : l'âge qui était significativement plus élevée chez les décédés que chez les survivants (62 versus 33; p = 0,012) et le recours à la ventilation invasive (54,5 % vs 5,3 %; p = 0,004). Le rapport PaO₂ /FiO₂ < 150 était plus fréquemment retrouvé chez les décédés (50 % vs 13,6 %; p = 0,06). **Conclusion:** L'HIA est une pathologie grave avec une mortalité de 23%. L'âge élevé et le recours à la ventilation invasive en conditionnent le pronostic.

P82. ASTHME SOUVENT DIFFICILE: SYNDROME DE WIDAL

R. MUSTAPHA, G. BEN SALEM, K. AISSA, A. ALLAGUI, H. BACHROUCHE, K. MHIRI, K. MESSAOUI, N. BEN KHLIFA, A. BOUAZIZ ABED. SERVICE DE PÉDIATRIE DE L'HÔPITAL MOHAMED TLATLI DE NABEUL.

Introduction : la maladie de Fernand Widal a été décrite en 1922. Elle associe un asthme, une intolérance à l'aspirine et une polypose nasale. Son étiopathogénie est multi factorielle. On incrimine une anomalie du métabolisme de l'acide arachidonique et un profil défavorable en cytokine. Le diagnostic clinique est souvent facile dans la forme complète mais la prise en charge thérapeutique est complexe. **Observation**: Omar âgé de 12 ans, admis pour œdème du visage associé à une dyspnée laryngée et à une crise d'asthme suite à une injection d'aspirine aux urgences. En fait, Omar n'a pas d'antécédents d'atopie familiale. Il a été suivi depuis l'âge de 7 ans pour infections ORL récidivantes. Son asthme a été diagnostiqué à l'âge de 9 ans avec mise sous traitement de fond. Une polypose naso-sinusienne a été diagnostiquée à l'âge de 10 ans, confirmée par un scanner du massif facial. Le traitement était symptomatique avec évolution favorable sous bêta-2 mimétiques et corticothérapie. Une induction de la tolérance à l'aspirine a été proposée. **Conclusion**: l'intolérance à l'aspirine est un facteur aggravant de l'asthme de l'enfant. A la lumière de cette observation les auteurs discutent les indications thérapeutiques et insistent sur l'apport et l'induction de la tolérance à l'aspirine.

P83. SUJET JEUNE ET PNEUMOTHORAX SPONTANE EN REANIMATION

T. GUIZAN, K. GAHBICHE, S. GMATI, R. BEN ATTIA, A. AMARA, S. NAKHLI, H. CHEMCHIK, W. NAIJA, R. SAID. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION. HOPITAL SAHLOUL. SOUSSE

Introduction : Le pneumothorax correspond à la survenue d'un épanchement aérien dans la cavité pleurale associé à un collapsus partiel ou complet du poumon adjacent. L'évolution du PNO spontané est le plus souvent favorable. Le risque essentiel à long terme est la récurrence.

Matériels et méthodes: Notre étude porte sur l'analyse rétrospective de 54 cas de PNO pris en charge au service d'anesthésie réanimation Sahloul de Sousse durant une période de 17 ans. Les données relatives à chaque malade ont été recueillies à partir des dossiers médicaux. **RESULTATS** : L'âge moyen est de 31 ans. Tous nos patients sont de sexe masculin. 81% étaient tabagiques. La douleur thoracique est présente dans 52 cas, la dyspnée dans 34 cas, la toux généralement sèche dans 3 cas. La prise en charge des PNO était variable : repos, exsufflation, drainage thoracique. Le traitement de 1ère intention a été efficace dans 41 cas. **Discussion** : Les valeurs du sexe ratio varient énormément dans la littérature pouvant aller de 2/1 jusqu'à 29/1. Les phénomènes inflammatoires induits par le tabac et les variations des pressions atmosphériques interviennent dans la pathogénie du PNO. La Radio-Thorax est suffisante dans la majorité des cas pour établir le diagnostic du pneumothorax. Cette pathologie a largement bénéficié de l'apport de la tomodensitométrie sur le plan diagnostique positif et étiologique. **Conclusion**: Le PNO est une affection fréquente qui concerne le sujet jeune ; c'est une affection bénigne et récidivante occasionnant des fréquentes hospitalisations chez des sujets en pleine période d'activité professionnelle ou scolaire.

P84. PNEUMONIES VARICELLEUSES GRAVES ADMISES EN REANIMATION: A PROPOS DE 7 CAS

T. MERHABENE, A. JAMOSSI, A. HAMMAMI, K. BEN ROMDHANE, J. BEN KHELIL, K. BELKHOJJA, M. BESBES. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE - HOPITAL A. MAMI - ARIANA

Introduction: La varicelle est considérée comme une affection bénigne chez l'enfant. Chez l'adulte, elle peut être à l'origine de nombreuses complications dominées par la pneumonie. Nous rapportons 7 cas de pneumonies varicelleuses (PV) graves admises en réanimation.

Observations: nous avons colligés 7 patients sur une période de 6 ans. La médiane d'âge

était de 37 ans avec des extrêmes allant de 29 à 49 ans. 5 patients étaient de sexe masculin. Tous les patients étaient immunocompétents. Un tabagisme actif a été relevé chez 6 Patients. La médiane de la durée de la symptomatologie par rapport à l'admission en réanimation était de 3 jours avec des extrêmes allant de 1 à 6 jours. A l'admission, tous les patients avaient une insuffisance respiratoire aiguë fébrile et des signes cutanés de varicelle évolutive. La médiane du rapport PaO₂/FiO₂ était de 248 mmHg et 2 patients avaient un tableau de SDRA. Le choc septique était présent chez un seul patient. La radiographie du thorax montrait un syndrome interstitiel bilatéral chez tous les patients. Une cytolyse hépatique était observée chez 5 malades. Une insuffisance rénale aiguë était présente chez 5 patients. La ventilation mécanique invasive était nécessaire chez un seul patient. L'Acyclovir associé à une double antibiothérapie était prescrit chez tous les patients. Un patient était décédé dans un tableau de défaillance multiviscérale après 12 heures d'hospitalisation. Discussion : La PV est en rapport avec la dissémination viscérale du VZV. Cette complication grave est plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant. Cependant son incidence est rare chez les adultes sains puisqu'ils sont immunisés contre le VZV dans plus que 90% des cas. Le diagnostic de PV est retenu devant la présence d'exanthème associé à des images radiologiques interstitielles avec des manifestations respiratoires de gravité variables réalisant au maximum un tableau de SDRA. Les anomalies biologiques les plus fréquemment observées sont : la thrombopénie, l'hypoalbuminémie, la cytolyse hépatique et l'élévation des LDH. Depuis l'utilisation précoce de l'Acyclovir associée aux traitements symptomatiques intensifs, la mortalité des PV a nettement diminué. Cependant, elle reste élevée dans les PV nécessitant le recours à la VM invasive. Conclusion : La pneumonie est une complication rare de l'infection au VZV chez l'adulte. Les manifestations cliniques sont très variables. La gravité majeure est dominée par la survenue de SDRA responsable d'une mortalité élevée.

P85. LA PNEUMOPATHIE VARICELLEUSE CHEZ L'ADULTE IMMUNOCOMPÉTENT- A PROPOS D'UN CAS.

F. MEDHIOUB, R. AMMAR, N. BEN ALGIA, R. ALLELA, A. CHAARI, H. CHELLY, C. BEN HAMIDA, H. DAMMAK, M. BAHLOUL, M. BOUAZIZ. SERVICE DE REANIMATION POLYVALENTE CHU HABIB BOURGUIBA SFAX

Introduction : La varicelle représente la primo-infection par le VZV. Il s'agit habituellement d'une affection bénigne de l'enfance. La varicelle de l'adulte immunocompétent est une pathologie plus rare mais potentiellement plus grave que chez l'enfant avec des formes très extensives et/ou hémorragiques, des localisations viscérales d'emblée, ou grevée de complications dont la plus sérieuse est la pneumopathie varicelleuse au pronostic hautement imprévisible. **Patient et méthodes**: Nous rapportons l'observation d'un patient immunocompétent hospitalisé en milieu de soins intensifs pour pneumonie varicelleuse nécessitant le recours à la ventilation mécanique. **Résultats**: Patient F. âgé de 42 ans, tabagique à raison de 10 paquets années, sans autre antécédent pathologique particulier, qui présente depuis une semaine, une éruption cutanée prurigineuse, s'étendant sur tout le corps évoluant dans un contexte fébrile. Deux jours après, apparaît une dyspnée d'aggravation progressive, avec une toux ramenant des expectorations purulentes et hémoptoïques. L'examen à l'admission trouve un patient fébrile à 39,3°C; une pression artérielle à 150/80 mmHg, une tachycardie à 110 battements par minutes, une polypnée avec une fréquence respiratoire à 28 cycles par minutes et une saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls à 83% en air ambiant. Les lésions cutanées sont généralisées, prédominantes au niveau de la face et des membres, faites de maculopapules, de vésicules, de croûtes et de pustules. On retrouve des adénopathies cervicales, axillaires et inguinales. A l'auscultation pulmonaire, on note des râles crépitants diffus au niveau des deux champs pulmonaires. La radiographie thoracique montre des opacités alvéolo-interstitielles bilatérales, mal limitées, prédominantes aux bases. La gazométrie artérielle sous 2 litres d'oxygène révèle une hypoxémie à 58,5 mm Hg, une hypocapnie à 33,8 mm Hg, pH=7,49 et une SaO₂=92%. A la biologie : une hyperleucocytose à 17400 GB (prédominance lymphocytaire), la fonction rénale et hépatique sont correctes. Le

sérodiagnostic revient positif pour une primo-infection par le VZV. Le malade a été mis sous Zovirax : 750 mg iv/8h (10mg/kg/8H), associé au Claforan iv : 1g/8h, une oxygénothérapie nasale (4 litres / min) et des soins cutanés. L'évolution a été marquée par la dégradation de son état respiratoire nécessitant le recours à la ventilation mécanique. Un prélèvement trachéal distal réalisé à j6 d'hospitalisation revient positif à acinetobacter baumani. Le Claforan a été arrêté et le patient a été mis sous Tienam 0.5 g iv/6h et Colimycine 2 millions iv/8h associé au Zovirax : 750 mg iv/8h. Le patient a été extubé à j 20 d'hospitalisation avec une évolution favorable. **Conclusion:** La pneumonie varicelleuse est une complication assez fréquente et redoutable au cours de l'infection par le virus de la varicelle. Elle peut être rapidement fatale. Le traitement antiviral par Acyclovir améliore le pronostic.

P86. UNE HEMOPTYSIE GRAVE EN RAPPORT AVEC UNE « SANGSUE » EN REANIMATION.

H. BEN GHEZALA, S. FERCHICHI, MF.ABBES, M.KADDOUR, k. BEN TAHER. SERVICE UNIVERSITAIRE DES URGENCES ET DE SOINS INTENSIFS. HOPITAL REGIONAL DE ZAGHOUAN.

Introduction: L'hémoptysie est une urgence médicale. Les causes les plus fréquentes sont broncho-pulmonaires, cardiovasculaires et traumatiques. Mais des causes « insolites » peuvent exister. Dans certains cas lorsqu' elle est abondante ou lorsqu'il existe une insuffisance respiratoire aiguë, la prise en charge ne se conçoit qu'en milieu de réanimation. Nous rapportons une observation très rare d'une hémoptysie mal tolérée sur le plan hémodynamique prise en charge en réanimation à Zaghouan et dont la cause finalement identifiée est une infestation de la muqueuse respiratoire par un ver hématophage : « Une sangsue » ! **Observation** : Monsieur J.B âgé de 80 ans, aux antécédents d'adénome de prostate, tabagique à 30 PA, est admis en pneumologie puis transféré en réanimation pour hémoptysie de moyenne abondance avec mauvaise tolérance hémodynamique. L'hémoptysie a débuté 3 jours avant son arrivée à l'hôpital suite à une exposition au soleil selon ses dires. A l'arrivée en réanimation, le patient a présenté une hypotension artérielle à 85/44 mm Hg avec une tachycardie à 120 BPM. Il était polypnéique à 24 cycles par minute, avec une SpO2 à 90 % à l'air ambiant. L'auscultation pleuropulmonaire a objectivé quelques râles sibilants. La gazométrie artérielle a objectivé une alcalose respiratoire avec une hypoxémie. La radiographie thoracique trouve un discret syndrome bronchique bilatéral. L'hémoglobine initiale était à 8g/dl avec un TP à 54%. Devant la persistance du saignement en dépit de traitements médicamenteux usuels dont plusieurs nébulisations d'adrénaline, une fibroscopie bronchique a été réalisée en urgence et un scanner thoracique a été demandé. Lors de la pratique de la fibroscopie faite sous oxygénothérapie et surveillance clinique stricte, on identifie un « ver » collé à la muqueuse bronchique faisant 3 à 4 cm de long. L'examen parasitologique confirme qu'il s'agit d'une sangsue. Elle est aussitôt éliminée. L'évolution tout de suite après est favorable avec stabilisation « spectaculaire » de l'état respiratoire et hémodynamique. **Conclusion** : Il s'agit d'une observation très rare d'une hémoptysie de cause inhabituelle : la « sangsue ». Les sangsues font partie du groupe des Annelides. Ce sont des vers hématophages vivant dans l'eau froide et attirées par la chaleur. Elles peuvent parfois infester la muqueuse bronchique provoquant une hémoptysie potentiellement grave.

P87. SYNDROME THORACIQUE AIGU EN POST PARTUM COMPLIQUE DE SDRA : A PROPOS D'UN CAS

Y. TOUIL, H. BEN SIK ALI, R. ATIG, I TALIK, R. GHARBI, M. FEKIH HASEN, S. ELATROUS. SERVICE REANIMATION MEDICALE. CHU TAHAR SFAR. MAHDIA

Introduction : Le syndrome thoracique aigu (STA) est une complication fréquente et grave des syndromes drépanocytaires majeurs pouvant mettre en jeu le pronostic vital. C'est la première cause de décès quelque soit l'âge chez les drépanocytaires. Il pose un problème d'appréciation précoce de la gravité qui est souvent sous estimée. Nous rapportons le cas d'un STA du post-partum compliqué de SDRA. **Observation:** patiente âgée de 26 ans aux antécédents de drépanocytose hétérozygote et d'asthme qui a présenté à J1 du post-

partum, un état subfébrile avec crises vaso-occlusives. Elle a bénéficié d'une hydratation avec traitement antalgique et a été mise sous antibiothérapie devant l'apparition d'un foyer radiologique. Le lendemain, elle a présenté une insuffisance respiratoire aigüe motivant son transfert en réanimation. Elle a reçu une transfusion de 3 culots globulaires devant une anémie à 3,5g/dl, avec poursuite du traitement antalgique et de la réhydratation. La patiente s'est dégradée rapidement sur le plan respiratoire avec apparition d'images alvéolaires bilatérales et une hypoxémie ($P/F < 100$). Le diagnostic d'un STA compliqué de SDRA a été retenu d'où le recours à une VM invasive protectrice, au décubitus ventral et à une antibiothérapie par Claforan- Tavanic. L'aspiration trachéale est revenue positive à streptocoque α hémolytique. La ventilation mécanique a été poursuivie pendant 8 jours. L'évolution était favorable avec correction de l'hématose et nettoyage radiologique permettant son extubation. **Discussion:** La drépanocytose est une pathologie génétique secondaire à une mutation d'au moins un des deux gènes codant pour la chaîne bêta de la globine formant ainsi l'hémoglobine S. Son incidence atteint 2% des nouveau-nés en Afrique sub-saharienne. Les sujets porteurs sont à risque de développer des complications dont la plus grave est le STA avec une incidence qui varie entre 15 à 43%. Les causes les plus fréquentes des STA sont l'infection (environ 30% des cas dont la majorité sont dues à des germes atypiques) malgré qu'une fièvre et un syndrome inflammatoire biologique ne traduisent pas toujours une cause infectieuse, les embolies graisseuses consécutives à une crise vaso-occlusive, l'hypoventilation alvéolaire qui peut être liée à un infarctus osseux thoracique, les traumatismes thoraco-abdominaux ou prise de médicaments sédatifs. Bien que le STA soit plus fréquent chez les drépanocytaires homozygotes, il peut intéresser les porteurs sains comme le cas de notre patiente. Sa mortalité est estimée à 4,3% chez l'adulte. Le traitement curatif associe un antalgique, une oxygénation, une réhydratation, une antibiothérapie par pénicilline dans le but de diminuer le risque des infections à pneumocoque. L'échange transfusionnel reste le principal traitement des complications aiguës graves. **Conclusion:** Le STA est une complication grave qui met en jeu le pronostic vital des sujets drépanocytaires. La connaissance de cette pathologie en particulier par les anesthésistes et réanimateurs garantit la prise des précautions nécessaires en termes d'hydratation et traitement antalgique pour prévenir sa survenue dans des circonstances particulières tel que le post partum.

P88. LES TROUBLES DU SOMMEIL AU COURS DU SYNDROME DE PRADER WILLI : SAS OR NOT SAS ?

I.CHOUCHE, J.BAROUDI, W.BELKHIR, A. KHEDER, A. FARJALLAH, R.BOUNEB, B. EL MERIAGUE, S. BOUCHOUCHA. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU FARHAT HACHED. SOUSSE

Les troubles du sommeil au cours du syndrome de Prader Willi sont fréquents et rapportés à un dysfonctionnement hypothalamique. Leur profil habituel est représenté par une hyper somnolence diurne associée à une hypoventilation alvéolaire centrale. Dans quelques observations, ont été rapportés de véritables syndromes d'apnée de sommeil (SAS). Nous rapportons une nouvelle observation authentifiant le SAS et expliquant sa genèse au cours de l'évolution du SPW. Observation : Melle R âgée de 20 ans connue porteuse d'un SPW (hyperphagie, obésité morbide, hypogonadisme, strabisme convergent bilatéral, retard de croissance statural) est hospitalisée en réanimation à l'occasion d'un premier épisode de détresse respiratoire grave décompensant son insuffisance respiratoire chronique restrictive. L'histoire clinique nous révèle une prise de poids excessive depuis trois mois associée à des manifestations cliniques très suggestives d'apnées obstructives lors du sommeil. L'insuffisance respiratoire aigüe s'est progressivement installée en une semaine aboutissant à un tableau grave nécessitant l'intubation et la ventilation mécanique. Le traitement par assistance ventilatoire, déplétion hydrique et régime hypocalorique a permis une amélioration de l'état de la patiente permettant une extubation à j 23. Un enregistrement polysomnographique du sommeil a confirmé le SAS avec un index apnée/hypopnée à 58. Un traitement par CPAP nasale est mis en œuvre. Discussion : Les troubles du sommeil habituellement décrits chez les patients porteurs d'un SPW correspondent à une

hypersomnie hypothalamique le plus souvent sans pauses obstructives. L'observation révèle qu'un véritable SAS clinique et polysomnographique est possible. Cette dernière éventualité décrite dans quelques cas est importante à identifier en raison de ses implications thérapeutiques et évolutives. Dans le cas de notre patiente, une prise de poids importante a révélé un SAS clinique confirmé par l'EPS et la perte de poids a suivi le traitement instrumental du SAS. Ces données indiquent que la recherche d'un SAS doit être systématique chez tout porteur d'un SPW ; l'interrogatoire fournit les éléments fortement suggestifs de pauses obstructifs, l'EPS servant à identifier les formes frustes. L'obésité au cours du SPW est le facteur le plus décisif dans la révélation ou l'aggravation du SAS ; il constitue également le principal élément sur lequel une action thérapeutique est possible pour améliorer significativement l'état clinique du patient (sommeil, état cardio-circulatoire) le cas rapporté en est le parfait exemple.

P89. ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES EXACERBATIONS DE BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE A L'UHCD DE LA RABTA.

S. OTHMANI, A. HAMMAMI, D. BELLASFAR, K. MAJED, H. MAGHRAOUI, S. BEDHIEF, A. MEGANEM, M. BRAMLI, C. HAMOUDA, N. BORSALI FALFOUL.SERVICE DES URGENCES. CHU LA RABTA

Introduction: Les exacerbations représentent des événements majeurs dans l'évolution de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Le but de notre travail était de déterminer les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives des exacerbations aiguës de BPCO (EABPCO) hospitalisés à l'UHCD de la Rabta. **Méthode:** Etude rétrospective, incluant 44 patients hospitalisés à l'UHCD et présentant une EABPCO suspectée ou certaine selon la définition suivante : apparition ou augmentation d'une dyspnée avec ou sans expectoration chez un malade connu porteur d'une BPCO ou d'une bronchite chronique ou d'un emphysème ou suspect de BPCO (âge>40 ans, fumeur ou ancien fumeur >10 PA, bronchite chronique avec ou sans dyspnée d'exercice à l'état de base). Nous avons relevé les données démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives. **Résultats:** L'âge médian de nos patients était de 65 ans (de 49 à 86 ans) avec une prédominance masculine (30 H et 14 F). 84% des patients étaient fumeurs et 89% ont eu des hospitalisations antérieures pour EABPCO. Le traitement de fond était des bronchodilatateurs (89%) et des corticoïdes inhalés (68%). Quatre malades bénéficiaient d'une OLD et deux étaient ventilés à domicile. Le motif principal de consultation était une dyspnée (100%). A l'admission, 20% des cas présentaient des troubles neuropsychiques allant d'une confusion au coma. Un collapsus cardiovasculaire était retrouvé chez 2 malades. Les signes d'insuffisance cardiaque droite étaient notés dans 61% des cas. La cause de décompensation était une surinfection bronchique (50%), une pneumopathie (25%), une mal observance thérapeutique (17%), une poussée d'IVG (19%) et une embolie pulmonaire (1 cas). Sur le plan gazométrique, le pH médian était à 7,28 et la PaCO₂ médiane à 60 mm Hg (de 23 à 135 mm Hg). La radiographie du thorax était normale chez 10 patients et l'ECG montrait des signes droits dans plus de 50% des cas. Sur le plan thérapeutique, tous les patients ont reçu des aérosols de bêta-2-mimétiques et une corticothérapie systémique. Une antibiothérapie a été prescrite chez 33 patients (75 %) à base d'amoxicilline-acide clavulanique chez 22 patients. La VNI a été utilisée chez 68% des patients. La durée de séjour médiane était de 58 h. Cinq patients ont été hospitalisés en pneumologie et 12 en réanimation. A la sortie, 3 patients étaient ventilés à domicile de novo. Le taux de mortalité observée était de 6,8%. En analyse univariée, les facteurs prédictifs de recours à la VNI à l'UHCD étaient un pH<7,29 et une PaCO₂>59mmHg. **Conclusion:** Les EABPCO concernent plutôt le sujet âgé volontiers tabagique. La cause de décompensation est dans la majorité des cas infectieuse. La durée de séjour à l'UHCD est allongée par rapport aux recommandations, ceci peut être expliqué par la non disponibilité des lits d'aval. Mots clés : BPCO; UHCD ; VNI ; mortalité.

P90. VENTILATION NON INVASIVE COURS DE L'ASTHME AIGUE GRAVE : À PROPOS D'UN CAS.

H. GHADHOUNE, R. AMMAR, N. BEN ALGIA, N. BACCOUCH, K. CHTARA, A. CHAARI, C. BEN HAMIDA, M. BAHLOUL, H. CHELLY, M. BOUAZIZ. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU HABIB BORGUIBA. SFAX

Introduction: Depuis la dernière recommandation de la SRLF (2006) la place de la ventilation non-invasive (VNI) dans l'asthme aigu grave (AAG) reste incertaine. Les quelques études citées dans la littérature seraient en faveur de cette technique. **Observation:** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 30 ans aux antécédents d'asthme depuis le jeune âge admise en réanimation dans un tableau d'asthme aigu grave. À l'examen : patiente somnolente avec un score de Glasgow à 13 /15, subfébrile à 38,1°, tachycardie à 140 battement/minute, difficulté de la parole, débit de pointe imprenable, polypnéique à 30 cycle/minute avec des signes de lutte respiratoire (un tirage sus sternal et balancement thoraco abdominal), des râles sibilants au deux temps à l'auscultation pulmonaire, une saturation artérielle en oxygène à 89% à l'air ambiant, TA=106/82mmhg, absence de signe de choc, absence de cyanose des extrémités. A la gazométrie sous oxygène, on trouve une acidose hypercapnique avec un pH à 7,30, une PaCO₂ à 45 mmHg ; une PaO₂ à 144 mmHg, une basémie à 25 mmol/l et une SaO₂ à 100%. A la radiographie thoracique on trouve une distension thoracique avec thorax en entonnoir, élargissement des espaces intercostales, horizontalisation des coupes diaphragmatiques, une hyperclarté des 2 champs pulmonaires et un syndrome bronchique. A l'ECG : un rythme régulier sinusal, une tachycardie sinusal sans trouble de la repolarisation. La patiente a été mise sous oxygénothérapie avec des nébulisations de bricanyl alternées avec des nébulisations d'atrovent, le salbutamol par voie intraveineuse à la dose de 3 mg/h, des corticoïdes à la dose de 10 mg/kg de hémisuccinate d'hydrocortisone et antibiothérapie empirique (amox/clav) pour suspicion de bronchite. Devant la persistance de la même symptomatologie, on décide de mettre la patiente sous VNI avec une aide inspiratoire à 12, une PEEP à 4, une FiO₂ à 70 % avec bonne adaptation au respirateur et une mobilisation de bon volume courant entre 500 et 600 ml. La gazométrie après une séance de deux heures de VNI a montré un pH à 7,30, une PaCO₂ à 39 mmHg, une PaO₂ à 165 mmHg, une basémie à 19 mmol/l et une saturation à 100%. Sur le plan clinique, on constate une amélioration de son état neurologique, disparition des signes de luttés respiratoires, régression de la tachycardie permettant d'éviter la ventilation mécanique invasive et écourter le séjour en réanimation à une journée. **Conclusion:** L'application de la VNI chez les patients en AAG reste encore controversée, en dépit de quelques résultats préliminaires prometteurs. De nouvelles études plus larges sont nécessaires pour déterminer le rôle de la VNI dans la prise en charge de cette pathologie.

P91. L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGUE DU SUJET AGE: DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ET FACTEURS PRONOSTIQUES

I. SEDGHIANI, Y. BLEL, A. M RAD, I. FATHALLAH, M. MARZOUK, K. MEDDEB, S. HABACHA, H. ELGHORD, N. KOURAICHI, N. BRAHMI, M. AMAMOU. SERVICE DE REANIMATION. CAMU

Introduction: L'insuffisance respiratoire aiguë (IRA) est une des premières causes d'hospitalisation des sujets âgés en réanimation. La démarche diagnostique est généralement difficile car les causes de l'IRA sont multiples avec un caractère souvent plurifactoriel. **Patients et méthodes:** Etude rétrospective incluant tous les patients ≥ 65 ans hospitalisés pour IRA au service de réanimation médicale du CAMU entre 2011 et 2012 afin d'étudier les différentes étiologies retenues devant l'IRA du sujet âgé et d'identifier les facteurs de surmortalité. **Résultats:** Nous avons colligé trente huit patients d'âge moyen 74 ±7 ans, avec une prédominance féminine (65,8%). 15 patients (40%) étaient des insuffisants respiratoires chroniques alors que 12 patients (31%) étaient suivis pour une cardiopathie. Les patients avaient un score IGS II moyen=25±14 et une médiane du score APACHE II =7. Les principales étiologies de cette détresse respiratoire étaient l'OAP chez 13 patients (34%), les pneumopathies aiguës communautaires (PAC) graves chez 10 patients (26%), les décompensations aiguës de BPCO (DBPCO) chez 8 patients (21%) et l'embolie pulmonaire (EP) chez 3 patients. Une assistance ventilatoire était nécessaire dans 23 cas et une VNI

chez 16 patients (42%) et par ventilation invasive chez 7 patients (18%). La médiane de la durée d'hospitalisation était de 6 jours. Le taux de mortalité était de 13,2% (tableau ci-joint). **Conclusion:** En analyse univariée, les facteurs prédictifs de surmortalité sont les antécédents cardiaques ($p=0,02$), l'antécédent de néoplasie ($p=0,015$), le recours à la ventilation mécanique ($p=0,004$) et la survenue de PAVM ($p=0,001$).

	Survivants 33 (86%)	Décédés 5 (13%)	p
Age	74±7	73±8	0,72
Sex ratio	0,43	1,5	0,31
Insuffisant respiratoire chronique	12 (36%)	3(60%)	0,36
Antécédent cardiaque	8 (24%)	4 (80%)	0,02
Antécédent de néoplasie	0	1	0,015
IGS II médian	21	40	0,66
APACHE II	6±3	13±8	0,12
FC	103±28	120±48	0,47
PA	130±30	110±40	0,3
Etat de choc	1	1	
Acidémie (pH<7,35)	36%	40%	1
Hypercapnie (PaCO ₂ >45mmHg)	21%	40%	0,57
Hypoxémie (PaO ₂ /FiO ₂)<300	36%	80%	0,63
PaO ₂ /FiO ₂	283±70	226±93	0,24
Diagnostic retenu:			0,18
DBPCO	7 (21%)	1(20%)	
PAC	8 (24%)	2 (40%)	
OAP	12 (36%)	1 (20%)	
EP	3 (9%)	0%	
Ventilation mécanique	3 (9%)	4 (80%)	0,004
PAVM	0%	2 (50%)	0,001
Durée de séjour (J)	6	6	0,98

P92. PNEUMOPATHIE D'INHALATION PAR SOLVANT DE PEINTURE (A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS PEDIATRIQUES) :

K. MESSAOUI, R. MUSTAPHA, K.AISSA, A.ALLEGUI, H. BACHROUCHE, K. MIRI, G. BEN SALEM, N. BEN KHALIFA, A.B. ABED. SERVICE DE PEDIATRIE ET DE NEONATOLOGIE, HOPITAL MOHAMED TLATLI DE NABEUL

Introduction: L'exposition aux solvants est très fréquente tant en milieu professionnel qu'en milieu domestique. Les propriétés physico-chimiques des solvants expliquent leur toxicité pour les Poumons. A travers l'étude de 2 observations d'intoxication au solvant de peinture chez 2 enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie de nabeul, les auteurs insistent sur la prévention primaire pour éviter ces accidents pouvant être mortels. **Observation 1:** enfant âgé de 12 ans, asthmatique connu avec mauvaise observance admis pour dyspnée, céphalée et somnolence. A l'examen polypnéique, signes de lutte marqués, saO₂ à 92%. La radiographie de thorax a montré des opacités floconneuses bilatérales surtout au niveau des lobes moyen et inférieur droits. L'enfant était mis sous oxygène, nébulisation de bricanyl et antibiothérapie. La reprise de l'interrogatoire note la notion d'embauche dans un atelier de peinture de voiture. Le diagnostic de pneumopathie d'inhalation a été porté sur l'anamnèse, la clinique et surtout sur le nettoyage radiologique complet au bout de 24 h d'hospitalisation **Observation 2:** enfant âgé de 6 ans sans antécédents pathologiques notables embauché depuis 48h dans un garage de réparation de voiture, hospitalisé en urgence pour dyspnée, œdème et hyperhémie conjonctivale. L'examen note une polypnée avec des râles sibilants aux 2 bases pulmonaires. La radiographie de thorax met en évidence des images alvéolo-interstitielles bilatérales. L'évolution clinique et radiologique était favorable après

oxygénothérapie et nébulisation de bricanyl. Conclusion La pneumopathie d'inhalation par solvant est un accident grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital de l'enfant. L'utilisation de moyens de protections collectives et individuelles sont des règles de prévention primaire qui s'imposent.

P93. LES COMPLICATIONS LARYNGO-TRACHEALES DE L'INTUBATION ET DE LA TRACHEOTOMIE EN REANIMATION

M.GARA, S.BEN HAOUALA, M.NABLI, L.STAMBOULI, F.BEN SALEM, M. GAHBICHE. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION. HOPITAL FATTOUMA BOURGUIBA. MONASTIR

Objectifs: Evaluer la prévalence et la nature des lésions laryngotrachéales (LT) de l'intubation et de la trachéotomie prolongées, au service d'anesthésie-réanimation chirurgicale du CHU de Monastir. Déterminer les facteurs favorisant l'apparition de ces lésions et ceux influençant la durée de ventilation mécanique (VM) ainsi que la durée du séjour en réanimation. **Patients et méthodes :** Etude rétrospective, descriptive et analytique, réalisée au service d'anesthésie-réanimation chirurgicale du C.H.U de Monastir durant la période allant du 01-01-97 au 31-12-2010. Parmi 935 patients ventilés plus que 48 heures, nous avons inclus 62 patients ayant présenté une lésion LT diagnostiquée par une laryngotrachéoscopie (LTS). **Résultats:** La prévalence des lésions LT a été de 5.6 %, celle des granulomes et des sténoses LT ont été respectivement de 2.2% et 0.7%. L'âge moyen de notre population a été de 42 ans. La prédominance a été nettement masculine (sex ratio à 4.2). Les antécédents relevés ont été l'HTA, le diabète, le BPCO, l'insuffisance cardiaque et l'AVC ischémique. La durée moyenne de l'intubation a été de 14 jours. Une trachéotomie a été réalisée chez 44 patients (71%) avec un délai moyen et une durée moyenne respectivement de 13 et de 23 jours. La symptomatologie clinique évocatrice a été dominée par la dyspnée laryngée (80%). Le diagnostic endoscopique a permis de préciser 66 lésions LT dont 33 laryngées et 33 trachéales, et 14 patients avaient une association. La prévalence des lésions laryngées et trachéales a été de 3,5% pour chacune. Les lésions inflammatoires ont dominé ces complications. La prévalence des sténoses LT a été de 0,74%. Le recours ultérieur à la tomodensitométrie LT a eu lieu chez 7 patients, indiquée pour un bilan lésionnel précis et préthérapeutique des sténoses. Le traitement chirurgical a été réalisé chez 2 patients souffrant de sténose trachéale. La présence d'une sténose LT a été significativement liée à un âge <25 ans. Aucune relation significative n'a été notée entre les lésions LT (siège, type) et les variables suivantes : le sexe, les ATCD, la durée de l'intubation trachéale, l'intubation seule ou trachéotomie, le délai et la durée de la trachéotomie ainsi que la durée de VM. Les lésions trachéales ont prolongé la durée de séjour à 41 jours (p=0,033). La pratique d'une trachéotomie a augmenté significativement la durée de VM (p=0,004) et la durée de séjour (p=0,019) de nos patients en réanimation. En revanche, sa réalisation précoce a permis de les diminuer (p à 0,006 et à 0,016 respectivement). **Conclusion:** Les complications LT de l'intubation et de la trachéotomie prolongées demeurent un problème majeur de santé publique. Il est raisonnable d'insister sur l'importance des mesures préventives permettant de réduire l'incidence de ces complications ainsi que la durée de séjour des patients en réanimation. La morbi-mortalité liée aux moyens d'accès des voies aériennes reste non négligeable et sa réduction est parmi les objectifs de notre pratique médicale

P94. UN KYSTE HYDATIQUE DU CŒUR SE REVELANT PAR UNE DYSPNEE

C. BEN SALAH, N. MTAOUA, M. BEN HADJ ALI, E. RBIA, A AMOUCHI, M. MEKKI, A. SAYHI, N. RIDENE, I. SKOURI, A. KHELIL. S.A.U H.M.T.MAAMOURI NABEUL

Introduction : La dyspnée est un motif fréquent de consultation aux urgences. Elle pose essentiellement un problème de diagnostic étiologique. Observation : Nous rapportons l'observation d'un sujet de 32 ans consultant à nos urgences pour dyspnée évoluant depuis une vingtaine de jours. L'examen clinique était strictement normal en dehors d'une

orthopnée. La radiographie de thorax a montré une opacité médiastinale avec effacement du bord gauche du cœur dont la silhouette est augmentée de taille. La tomодensitométrie thoracique a mis en évidence des kystes hydatiques sous péricardiques des parois antéro-supérieure et inférieure du ventricule gauche associés à une image lacunaire de l'oreillette droite de nature kystique. L'IRM a confirmé ce diagnostic. Conclusion : La localisation cardiaque du kyste hydatique reste une pathologie très grave. La prise en charge de ces patients est lourde. L'imagerie médicale met en évidence la collection liquidienne, précise sa situation exacte au niveau du cœur, permet de dresser un bilan lésionnel complet et d'assurer le suivi après traitement.

P95. EVOLUTION DES BIOMARQUEURS CARDIAQUES ET DE L'INFLAMMATION LORS DE L'EXACERBATION DE BPCO

Z. HAMMOUDA, S. BEN ABDALLAH, R. BOUZGARROU, L. OUANES BESBES, F. DACHRAOUI, I. OUANES, F. ABROUG. REANIMATION POLYVALENTE CHU MONASTIR

Introduction: Peu d'informations sont disponibles sur l'évaluation des biomarqueurs cardiaques et de l'inflammation après guérison de l'exacerbation de BPCO. Objectif : Caractériser l'évolution de ces biomarqueurs dans une cohorte de BPCO admis en réanimation pour exacerbation.

Patients – méthodes : 57 patients consécutifs en EABPCO (âge : 66±10 ans, 53 hommes) ont eu un dosage de CRP et NTproBNP à l'admission en réanimation et après guérison au terme d'un séjour de 7± 3 jours et d'assistance ventilatoire (VNI : 84%). Le test non paramétrique de Wilcoxon a été appliqué, p<0.05 pour la signification statistique.

Résultats : L'évolution des biomarqueurs analysés est portée sur le tableau :

Variable	Admission N=57	Sortie N=57	P
pH= (Med, IQR)	7,28 (7,24-7,31)	7,36 (7,34-7,39)	<0,0001
CRP (Med, IQR)	33 (14-92)	12 (5-47)	<0,0001
NTproBNP (Med, IQR)	393 (111-1183)	129 (29-390)	<0,0001

Une corticothérapie systémique a été administrée à 34% des patients. Aucun traitement à visée cardiaque n'a été administré. **Conclusion :** La récupération d'une exacerbation de BPCO est associée à une baisse des biomarqueurs cardiaques et de l'inflammation.

THEME NEURO-TRAUMATOLOGIE

P96. LE COMA NON TRAUMATIQUE

Y. AMMAR, C. B SALAH, M. B HADJ ALI, N. MTAOUA, N. RIDENE, A. LAMOUCHE, Y. KALAI, K. MEHREZ, Y. GUERBOUJ, S. DRIDI, I. SKOURI, A. SELMENE, A. KHELIL.

Service des Urgences-SMUR Hôpital Maamouri Nabeul

Introduction : Le coma est une urgence diagnostique et thérapeutique pouvant mettre en jeu le pronostic vital. L'urgentiste doit apprécier rapidement la profondeur du coma et le retentissement ventilatoire, cardio-circulatoire et neurovégétatif. Le but de notre travail est d'étudier les aspects épidémiologiques, thérapeutiques et les facteurs pronostiques du coma non traumatique. **Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur 121 patients admis aux urgences de l'HMTM de Nabeul durant l'année 2012 pour un coma non traumatique d'emblée, ou une dégradation progressive de l'état de conscience dans les six heures qui suivent l'admission. **Résultats :** L'âge moyen de nos patients est de 61,67 (avec des extrêmes de 14 à 95 ans), avec prédominance masculine (SR=1,63). 52,9% de nos patients sont âgés de plus de 65 ans. Dans notre série, 42% des patients avaient des

antécédents de cardiopathie, dont 29,8% des hypertendus. La pathologie endocrinienne occupe le second plan (30,8%) dont 31,4% étaient des diabétiques. Le coma était de survenue brutale dans 63% des cas. Les patients étaient classés grave d'emblée (IGSA >8) dans 33%. Les étiologies sont dominées par les causes neurologiques (42,1%) et métaboliques (40,5%). 60,3% de nos patients avaient bénéficié d'un traitement à visée étiologique. 52,1% des malades ont été hospitalisés dans différents services, seulement 31,4% dans un milieu de réanimation. 14% des patients étaient confiés à leur famille. La mortalité était de 26,4%. Nous avons retenu comme facteurs de mauvais pronostic: l'âge ≥ 65 ans, un score IGSA >8 et un coma profond à l'admission, la présence d'une mydriase ou d'une anisochorie, une indication à une intubation et à la ventilation mécanique, le recours aux drogues vaso-actives, les AVC hémorragiques avec coma d'emblée. **Conclusion** : L'urgentiste devrait élaborer une démarche diagnostique et une prise en charge adéquate en fonction des étiologies des comas observés, cette conduite devrait être guidée par un examen clinique minutieux et par des examens complémentaires disponibles dans notre pratique afin d'assurer une prise en charge optimale.

P97. L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL: COMPLICATION EXCEPTIONNELLE DE L'ENVENIMATION VIPERINE.

F. JALLOUL, M. KAHLOUL. SERVICE DE REANIMATION, HOPITAL REGIONAL DE GAFSA

Introduction: L'accident vasculaire cérébral ischémique est une complication rare de l'envenimation vipérine. **Observation:** Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 38ans sans antécédents pathologiques antérieurs, victime d'une morsure par une vipère à cornes (cerastes cerastes) au niveau du dos du pied gauche. Le patient a consulté dans un tableau d'agitation, sueurs et vomissements. Quelques heures après, il a présenté une dysarthrie et une hémiplégié gauche. Un scanner cérébral a été réalisé révélant une lésion ischémique droite. Le patient était admis en réanimation. Le traitement symptomatique et le sérum anti vipérin étant entamés dès son arrivée à l'hôpital. Trois jours après, il a présenté une aggravation de son état neurologique incitant à faire un contrôle scannographique. Le deuxième scanner a montré une transformation hémorragique des lésions initiales responsable d'un effet de masse avec un engagement temporal, un œdème cérébrale diffus et une hémorragie méningée. L'évolution était rapidement défavorable et le patient est décédé le lendemain dans un état de défaillance hémodynamique réfractaire.

P98. SYNDROME DE GUILLAIN BARRE REVELANT UNE RAGE HUMAINE

L. AYARI(1), N MAAROUFI(1), S. BALI(2), S. SKANDRANI(1), S. MANAI(2), L. BEZZINE(1), S. MEZNI (2).(1)SERVICE DES URGENCES, HOPITAL REGIONAL DE JENDOUBA. (2) DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE DE JENDOUBA. (3) INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

Introduction: La rage est une zoonose virale due à un lyssavirus auquel sont sensibles tous les mammifères. Elle est transmissible accidentellement à l'homme, généralement à la suite d'une morsure, d'une griffure ou d'un léchage sur plaie par un animal enragé. La contamination des muqueuses est aussi une voie efficace d'infection. C'est une pathologie fatale dans un bref délai. Nous rapportant un cas de rage humaine diagnostiqué en post mortem. **Observation** : il s'agit d'une femme âgée de 30 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui a consulté les urgences pour une paresthésie des deux membres inférieurs de survenue progressive. Elle n'a reçu initialement qu'un traitement symptomatique. Le lendemain, elle a re-consulté pour une paraplégie associée à une monoparésie du membre supérieur droit évoluant dans un contexte fébrile. L'examen clinique a conclu à un syndrome encéphalique avec une polyneuropathie périphérique, évoquant un Syndrome de Guillain Barré. La malade a été hospitalisée à l'institut de neurologie pour exploration mais devant l'altération de l'état neurologique, l'apparition de troubles de la déglutition avec notion d'hydrophobie, elle a été transférée au service de réanimation où elle est décédée après quelques jours. Une autopsie a été alors demandée et le prélèvement de matière cérébrale a été envoyé à l'institut Pasteur de Tunis. Le

diagnostic de rage a été alors confirmé. L'interrogatoire rétrospectif apprend que cette patiente avait été mordue à la main par une chèvre il ya un an et demi, que la lésion été abcédée et qu'elle n'a pas reçu de vaccination antirabique. Une enquête a alors été déclenchée et des personnes de son entourage ont été vaccinées. Discussion : nous discuterons à travers ce cas, les aspects cliniques épidémiologiques et évolutifs de la rage humaine en Tunisie et dans le monde.

P99. THROMBOSE VEINEUSE CEREBRALE ET DYSTHYROIDIE.

N. MAAROUFI, A. CHAKROUN, L. BEZZINE, R. HMAISSI. SERVICE DES URGENCES. HOPITAL REGIONAL DE JENDOUBA

Introduction: Les thromboses veineuses cérébrales (TVC) sont une pathologie rare mais de diagnostic plus fréquent depuis l'avènement de l'angio-IRM. Leurs étiologies sont multiples et souvent non infectieuses. Les états préthrombotiques, peuvent être primaires liés a une anomalie héréditaire de la coagulation ou encore à la prise de certains médicaments. Dans 25 % des cas aucune étiologie n'est retrouvée. Nous rapportons le cas de TVC révélant une hyperthyroïdie, et nous en discutons les liens de causalité. Observation : Une femme âgée de 32 ans, sans antécédents pathologiques, est amenée pour crises convulsives, désorientation temporo-spatiale et propos incohérents. Quelques jours avant sa consultation aux urgences, elle avait présenté un syndrome grippal suivi de céphalées en casque pulsatiles, douleurs rétroorbitaires, larmoiement et de photophobie. L'évolution sous traitement antalgique était défavorable : l'état neurologique s'était détérioré rapidement, avec apparition d'une irritabilité, d'une agitation, d'une confusion fébrile et de crises convulsives généralisées. À l'examen clinique, la patiente était consciente, mais désorientée dans le temps et l'espace, fébrile à 38 °C, la nuque était souple. La fréquence cardiaque était à 120 battements/minute et la tension artérielle à 140/80 mmHg. On ne notait pas d'anomalie à l'examen neurologique. Le scanner cérébral fait en urgence complété d'angio-IRM objectivait une occlusion du sinus latéral gauche. Le diagnostic de thrombophlébite cérébrale était retenu et la patiente était mise sous héparinothérapie à dose efficace. Le LCR était stérile, le bilan biologique usuel était en faveur d'une hyperthyroïdie biologique : la TSH était inférieure à 0,10 micros UI/ml, FT4 (T4 libre) était supérieure à 78 pmoles/l. Le reste du bilan était normal (TP, TCK, antithrombine III, protéine C et S, hémogramme, ECBU, examen ORL et gynécologique). Le diagnostic de thyrotoxicose basedowienne était retenu, et la patiente était mise sous traitement. L'évolution clinique était favorable : arrêt des crises convulsives, récupération d'un état de vigilance normal, disparition des céphalées. **Discussion:** L'association thrombose veineuse cérébrale et hyperthyroïdie, incite à rechercher systématiquement une hyperthyroïdie au cours des TVC, sans étiologie évidente, en particulier après avoir éliminé les troubles constitutionnels de l'hémostase.

P100. L'ENCEPHALOMYELITE AIGUE DISSEMINEE CHEZ L'ENFANT (A PROPOS DE 2 OBSERVATIONS)

I.MAJDOUB, K.BAKLOUTI, L.GARGOURI, N.OMRI, W.JARRAYA, B.MAALEJ, M.HSAIRI, A.MAFOUDH.SERVICE DE PEDIATRIE, URGENCES ET REANIMATION PEDIATRIQUES. CHU HEDI CHAKER SFAX

Introduction: L'encéphalomyélite aiguë disséminée, (ADEM), est une maladie inflammatoire démyélinisante du système nerveux central (SNC). Elle est liée à un mécanisme auto-immun et s'installe typiquement dans les suites d'une infection après un intervalle libre de deux à 30 jours. L'ADEM est caractérisée cliniquement par un tableau d'encéphalopathie aiguë avec signes neurologiques multifocaux. Il n'existe pas de marqueur spécifique de la maladie et l'imagerie par résonance magnétique cérébrale est essentielle au diagnostic, permettant de

mettre en évidence des lésions multifocales de la substance blanche du SNC sur les séquences T2 et FLAIR. **Observation 1** : Enfant âgé de 6 ans, aux antécédents de retard psychomoteur, est admis en urgence pour altération de l'état de conscience dans un contexte fébrile. A l'examen on notait une fièvre, une obnubilation, une hypotonie généralisée et un déficit moteur des 4 membres. La ponction lombaire a éliminé une méningite. L'IRM a montré un hyper signal T2, FLAIR et diffusion de l'hémi pont gauche et du bulbe. Le patient est mis sous boullus de Solumédrol (3 boullus) relayée par une corticothérapie per os (1mg/kg/j). L'évolution était favorable. **Observation 2**: Patiente âgée de 13 ans sans antécédents particulier admise pour altération de l'état de conscience avec état de mal convulsif. A l'examen, score de Glasgow à 10/15, une rigidité des membres en tuyau de plomb, une déviation de la tête et les yeux à gauche. L'évolution a été marquée par l'aggravation du tableau nécessitant l'intubation. La biologie élimine une origine métabolique. Une TDM cérébrale s'est révélée normale. La ponction lombaire était normale. On a complété par une IRM cérébrale qui montrait des anomalies du signal (hyper signal) au niveau des étages sus et sous tentoriels au niveau de la substance blanche sous corticale, le corps calleux et les noyaux gris centraux. Le diagnostic d'ADEM est retenu. La patiente est mise sous 3 boullus de solumédrol relayés par corticothérapie per os. (Zovirax arrêté après une PCR de herpes négative). L'évolution ultérieure est marquée par la persistance d'une hémiparésie gauche séquellaire. **Conclusion**: L'ADEM est une cause fréquente d'encéphalite de l'enfant, caractérisée par des lésions inflammatoires de la substance blanche du SNC. Le diagnostic doit être systématiquement évoqué devant un tableau d'encéphalite aiguë inexpliquée.

P101. LA PRE ECLAMPSIE SEVERE : ETUDE RETROSPECTIVE A PROPOS DE 131 CAS.

K. GAHBICHE, T. GUIZANI, A. BRAHIM, A. SLAMA, K. TARMIZ, D. BEN LETAIFA, K. BEN JAZIA, I. BRAHEM*, Y. BOUATAY *, I. HAMDY *, G. DHOUBA *, R. LOUIRIMI *, M. FEKIH *, H. KHAIRI *

Introduction: L'éclampsie, complication neurologique majeure de la pré éclampsie, est définie comme étant une manifestation convulsive et/ou des troubles de conscience, survenant dans un contexte de maladie hypertensive de la grossesse, ne pouvant être rapportée à un problème neurologique préexistant. Cette pathologie est responsable de 50 000 décès maternels de par le monde et en particulier dans les pays en voie de développement. La gravité de l'éclampsie est majorée par la présence d'une ou plusieurs atteintes viscérales : neurologique, cardiaque, rénale, respiratoire, d'où la nécessité d'insister sur la prévention. **Patientes et méthodes**: Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive analytique portant sur toutes les femmes recrutées de janvier 2006 au décembre 2008, ayant été prises en charge pour une pré éclampsie sévère ou une crise d'éclampsie au service d'anesthésie-réanimation du CHU FARHAT HACHAD de Sousse. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, parité, le délai d'admission par rapport au début de la première crise, le mode d'accouchement, les chiffres tensionnels, l'état cardiaque, l'état neurologique (apprécié par le score de Glasgow), l'état rénal, la durée d'hospitalisation, le traitement institué, la mortalité maternelle et infantile. **Résultats** : Durant la période considérée 131 cas ont été hospitalisés divisés en deux groupes : - Témoins : les patientes ayant présenté une pré éclampsie sévère, n=87. - Cas : les patientes ayant présenté au moins une crise d'éclampsie, n=44. L'âge moyen des patientes éclamptiques était de 27,7 +/- 5,2 ans avec des extrêmes allant de 17 à 44 ans. 37/44=84% des patientes éclamptiques étaient d'origine urbaine. On notait une prédominance des nullipares (30 cas). 30 cas d'éclampsie sont survenus dans le prépartum, 6 cas en perpartum et 8 cas dans le postpartum. Le mode d'accouchement était variable en fonction du moment de survenue de la crise d'éclampsie ; 30 cas avaient bénéficié d'une délivrance par césarienne en prépartum, 4 césarienne en intra partum et deux ont accouché par voie basse dont un par forceps. Toutes nos patientes étaient hypertendues. Cette

hypertension était jugée sévère chez 19/44= 43% des patientes. L'hypertension artérielle était modérée chez 25/44= 57% des patientes. Les troubles de la conscience ont été observés chez 27 patientes (61%). Le score de Glasgow était inférieur à 9 chez 14 patients. **Conclusion:** L'éclampsie, complication majeure de l'HTA gravidique, reste fréquente sous nos contrées et continue à menacer le pronostic vital aussi bien maternel que fœtal. L'amélioration du pronostic passe par la prévention avec un suivi précoce et régulier des gestantes, le traitement adapté de l'hypertension gravidique et la prise en charge précoce de la pré-éclampsie et de l'éclampsie avant l'installation des signes de gravité. Le diagnostic d'éclampsie doit alors être posé rapidement pour une prise en charge rapide et adaptée avec une participation plus renforcée des anesthésistes-réanimateurs.

P102. LES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX ADMIS A LA SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES

Y. AMMAR, C. B SALAH, M. B HADJ ALI, K. BOUZAIDI*, B. DAHMENE F**, N. MTAOUA, N. RIDENE, N. B MEFTTEH, M. MEKKI, A. SAYHI, E. RBIA, SKOURI I, S. DRIDI, A. SELMENE, O. BEDIS, MA. NSIB, A. KHELIL. H. MAAMOURI NABEUL

Introduction: L'accident vasculaire cérébral(AVC) est l'urgence neurologique la plus fréquente. Il s'agit d'une maladie grave 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, tomodensitométriques et de dégager les facteurs pronostiques des AVC admis à la salle d'accueil des urgences vitales(SAUV). **Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur 18 mois (1er Janvier 2012 au 30 Juin 2013), portant sur 44 patients admis à la salle de déchoquage de l'HMTM de Nabeul pour AVC. **Résultats:** L'âge moyen de nos patients est de 69,5 ans avec prédominance masculine (SR=2,4). Les antécédents sont essentiellement à type de HTA (54,6%), de diabète (47,8%) et de cardiopathies (45,5%). L'altération de l'état de conscience était le principal motif de consultation dans 95,5% des cas. 38,7% de nos patients avaient un CGS ≤ 8 dès l'admission. Les patients étaient classés graves d'emblée dans 68,2% des cas. Une hyperglycémie était observée chez 63,7% (47,8% des patients n'étaient pas diabétiques). La tomodensitométrie était pathologique dans 84,1% des cas. Le diagnostic d'AVC hémorragique était retenu chez 52,3% de nos patients. La mortalité était de 68,2% avec comme facteur de mauvais pronostic : les sujets de plus de 65 ans ($p < 0,001$), le sexe masculin ($p < 0,01$), les antécédents de diabète ($p < 0,025$) et de cardiopathies ($p < 0,01$), un coma ($p < 0,01$) à l'admission ainsi qu'un score IGS ≥ 8 ($p < 0,001$), la présence d'une hyperglycémie ($p < 0,025$) à l'admission, l'importance de l'hémorragie associée ou non à un effet de masse ($p < 0,01$) et la nature hémorragique de l'AVC. **Conclusion:** L'AVC est une pathologie fréquente aux S.A.U, touchant essentiellement le sujet âgé aux ATCD souvent chargés. L'absence de structures pour la prise en charge de ces patients, les difficultés d'hospitalisation souligne la nécessité de création d'une unité d'urgences neuro-vasculaires

P103. ÉCLAMPISIE: FACTEURS ETIOLOGIQUES ET CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC. A PROPOS DE 10 CAS.

H.MAKNI, C.MRAZGUIA, M.NAJJAR, A.AJILI.

Introduction: La fréquence de l'éclampsie reste relativement faible dans notre pratique hospitalière. L'étude de la littérature permet de constater une fréquence inférieure à 1‰. Il s'agit d'une affection grave qui engage le pronostic maternel et fœtal. Seule une prise en charge multidisciplinaire et bien codifiée permet d'améliorer le pronostic maternel et fœtal. Objectif Déterminer les facteurs étiologiques, les circonstances du diagnostic, la prise en charge de l'éclampsie. Évaluer les conséquences maternelles et périnatales de cette

pathologie. **Patientes et méthodes:** Étude rétrospective descriptive incluant tous les cas d'éclampsie pris en charge entre janvier 2009 et décembre 2012 au sein de la maternité de Nabeul. **Résultats:** Dix cas d'éclampsie ont été retenus sur la période d'étude. L'âge moyen des patientes était de 27,8 ans. Le principal facteur de risque retrouvé était la primiparité (8 cas). L'éclampsie avait eu lieu en antépartum, péripartum et post-partum chez 6 patientes et 4 patientes respectivement. Au moment de la crise d'éclampsie, 8 patientes avaient une hypertension artérielle (HTA), 9 patientes rapportaient des céphalées. Divers traitements avaient été mis en place : antihypertenseurs (8 cas), antiépileptiques (7cas) et sulfate de magnésium (10 cas). L'accouchement s'est déroulé par césarienne dans tous les cas vers un terme moyen de 36SA. Sept patientes avaient développé des complications, majoritairement un HELLP syndrome (5 patientes). Une hospitalisation en réanimation d'une durée moyenne de 36h a été nécessaire pour toutes les patientes. Aucun décès maternel n'était constaté. Le poids de naissance moyen des enfants était de 2466 avec 43,8 % d'enfants de poids inférieur au dixième percentile. Une mort foetale in utero (MFIU) et un décès postnatal à j11 avaient été constatés. **Conclusion:** La physiopathologie de l'éclampsie est toujours mal comprise, sa survenue est souvent brutale et imprévisible chez des patientes bien suivies, l'identification des facteurs de risque est fondamentale. Le diagnostic doit alors être posé rapidement pour une prise en charge obstétricale urgente et adaptée dans le but d'améliorer le pronostic maternel et foetal.

P104. SULFATE DE MAGNESIUM : QUELLE PLACE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA PRE ECLAMPSIE SEVERE. ÉTUDE A PROPOS DE 48 CAS.

H.MAKNI, C.MRAZGUIA, M.NAJJAR, A.AJILI.

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. Il est clairement démontré que le sulfate de magnésium est le traitement de choix dans la prévention secondaire de la crise d'éclampsie. Des débats persistent sur son utilisation dans la prévention primaire. BUT 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 sévères colligées durant l'année 2010 au service de gynécologie obstétrique de Nabeul. **Résultats** L'âge moyen de nos patientes était de 29,6 ans Parité moyenne de 2,2 L'âge gestationnel moyen de survenue de la prééclampsie est 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 1 patiente a présenté une crise d'éclampsie jugulé par du livotril 7 patientes ont présenté des effets secondaires mineurs au sulfate de magnésium à type de nausées et de vomissements 6 cas ont présenté une augmentation des pertes sanguines en post partum et 4 cas d'inertie utérine. Pas de cas de surdosage au sulfate de magnésium rapportés dans notre étude Pas d'accident grave lié à l'utilisation de ce médicament. **Conclusion** Au total, le sulfate de magnésium a une place très 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.

P105. LE SYNDROME D'ENCEPHALOPATHIE POSTERIEURE REVERSIBLE DU PERI-PARTUM : A PROPOS DE 3 CAS

J. GUISSOUMA, S.SOUISSI, S. DARGHOUTH, S. GUESMI, H. BRAHMI, M. SAMET. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. HOPITAL HABIB BOUGUETFA. BIZERTE

Introduction: Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (SEPR) est une entité clinico-radiologique observée dans le cadre de diverses affections. Nous allons détailler les circonstances favorisantes, la physiopathologie, les signes cliniques, radiologiques et le traitement via 3 cas. **Observation 1** : Patiente âgée de 42 ans sans antécédents a été

césarisée à 28 SA pour un HRP avec mort foetale in utéro. La patiente a présenté à H 24 des céphalées et une PA élevée puis une crise convulsive tonico-clonique généralisée avec aphasie. La biologie était normale à part une anémie. A la TDM cérébrale lésions hypodenses cérébelleuses. A l'IRM lésions ischémiques du pédoncule cérébral et du cervelet. La patiente a été mise sous traitements antihypertenseur, anticonvulsivant et antiagrégant plaquettaire. L'évolution était favorable. **Observation 2:** Patiente âgée de 30 ans sans antécédents césarisée à 28 SA pour éclampsie. En post opératoire, après extubation la patiente a présenté une obnubilation suivie d'un état de mal convulsif nécessitant la réintubation et l'hospitalisation en réanimation. A la biologie anémie, hyperglycémie et rhabdomyolyse. A la TDM cérébrale hypodensité cortico-sous-corticale occipitale droite. La patiente a été mise sous traitements antihypertenseur et anticonvulsivant. L'évolution était favorable. **Observation 3:** Patiente âgée de 34 ans célibataire sans antécédents hospitalisée pour deux crises convulsives tonico-cloniques généralisées. A l'examen patiente somnolente sans déficit sensitivo-moteur, la PA = 170/100, masse hypogastrique persistante après sondage vésical. La TDM cérébrale montrait des lésions hypodenses postérieures. Une PL a écarté une infection du SNC. 2 jours après la patiente a présenté un état de mal convulsif nécessitant le recours à la ventilation mécanique. Une TDM cérébrale de contrôle a montré des lésions hypodenses et une turgescence cérébrale. Une échographie abdomino-pelvienne a objectivé une grossesse arrêtée à 24 SA. L'évolution a été favorable moyennant une assistance ventilatoire, un traitement anticonvulsivant et antihypertenseur. **Discussion :** Le SEPR est décrit lors du péripartum, dans certaines collagénoses ou au décours de traitement immunosuppresseur. Il est dû à l'élévation de la PA responsable d'une hyper-perfusion cérébrale et d'un œdème vasogénique réversible de la substance blanche. Ce syndrome associe des céphalées, une altération de l'état de conscience, des crises convulsives et des troubles visuels. Bien que la TDM puisse montrer des lésions touchant typiquement de façon bilatérale et symétrique la substance blanche sous-corticale dans les régions postérieures l'IRM est l'examen de référence. A côté du contrôle de l'HTA et des anticonvulsivants des mesures symptomatiques générales sont nécessaires. La régression des signes cliniques au bout de 7 jours et des signes radiologiques au bout de 15 jours est de règle au prix d'une prise en charge adéquate. **Conclusion:** Devant un tableau évocateur de SEPR, il ne faut pas hésiter à demander une imagerie cérébrale pour confirmer le diagnostic. Le pronostic est généralement bon malgré une présentation initiale clinique et radiologique inquiétante.

P106. EMBOLIE GRAISSEUSE POST-TRAUMATIQUE : A PROPOS DE 2 CAS.

S. SOUISSI, J. GUISSOUMA, S. GUESMI, H. BRAHMI, M. SAMET. REANIMATION MEDICALE. HOPITAL HABIB BOUGUETFA. BIZERTE

Introduction: L'embolie graisseuse (EG) est l'obstruction du réseau microcirculatoire par des micro-gouttelettes de graisse. Nous allons essayer de préciser les facteurs favorisants, les éléments du diagnostic positif et le traitement de l'EG à travers 2 cas. **Observation 1 :** Mr SM âgé de 24 ans a été hospitalisé au service d'orthopédie pour multiples fractures des os longs. A H 17 il a présenté une obnubilation et une hypotension corrigée par un remplissage suivies par un état de mal convulsif et une dyspnée. Le diagnostic d'EG a été suspecté et le patient admis en réanimation. Aux GDS hypoxémie hypocapnie. A la biologie déglobulisation de 14,1 g/dl à 6,4 g/dl, thrombopénie, hypocholestérolémie. A la TDM œdème cérébral. A l'angio-TDM pulmonaire absence de défaut luminal des artères pulmonaires, condensation alvéolaire avec lésions en verre dépoli. Le patient a été intubé, sédaté et mis sous anticonvulsivants, anticoagulation curative et corticothérapie. Les fractures ont été immobilisées. L'évolution était marquée par l'absence de réveil avec à la TDM cérébrale de contrôle lésions lacunaires hypodenses multifocales et à l'EEG ralentissement du tracé. Patient décédé à j 30. **Observation 2 :** Mr SM âgé de 72 ans aux antécédents d'HTA et d'insuffisance antéhypophysaire a été admis au service d'orthopédie pour une fracture per-trochantérienne. A H 24 il a présenté un coma avec état de choc d'où son admission en réanimation. A l'examen GCS=6/15, TA=90/60 mm Hg, SpO2=64%, purpura pétéchiail du tronc. A l'ECG tachycardie sinusale, signes droits. Aux GDS hypoxémie hypocapnie. A la

biologie déglobulisation de 11 g/dl à 9,5 g/dl, thrombopénie, cytolyse, cholestase, TP =43%, hypocalcémie, hypocholestérolémie. A la Rx thorax images alvéolaires diffuses. A la TDM œdème cérébral et hypodensités bilatérales. A l'angio-TDM thoracique aspect en verre dépoli, absence d'obstruction artérielle. Le diagnostic d'EG a été retenu et le patient mis sous ventilation mécanique, sédation, drogues vaso-actives et traitement substitutif (HSHC et LT4). L'évolution était défavorable avec décès à j 15. **Discussion:** Le diagnostic de syndrome d'EG est porté sur des critères clinico-biologiques et radiologiques. La triade clinique du syndrome d'EG est constituée par une détresse respiratoire, altération de l'état de conscience et purpura pétéchial. A la biologie anémie avec baisse de l'hématocrite, thrombopénie, perturbation du bilan lipidique, hypocalcémie, baisse du TP, élévation de la VS, présence d'inclusions lipidiques dans le sang, les sécrétions bronchiques et les urines. L'atteinte pulmonaire se traduit par différents aspects. La TDM peut montrer des défauts de perfusion. L'atteinte neurologique peut aller de la confusion jusqu'au coma. La TDM peut montrer un œdème cérébral, des hypodensités centrales localisées à la substance blanche. L'IRM cérébrale est plus sensible et plus spécifique. L'EEG peut montrer des signes de souffrance cérébrale. Le traitement est avant tout symptomatique. L'utilisation de l'héparine et des corticoïdes est controversée. Conclusion : Le syndrome d'EG est une pathologie grave dont le traitement essentiel reste préventif par l'immobilisation précoce des fractures.

P107. LE SYNDROME DE REYE CHEZ L'ADULTE : UNE CAUSE RARE D'ENCEPHALOPATHIE.

N. BEJAOU, A. AJINA, W. FRIGUI, A. KANTAOU, MA.HARRATHI, A. AMARA, R. SAÏD.
SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION. HOPITAL SAHLOUL. SOUSSE

Introduction: Le syndrome de Reye est une pathologie rare réversible qui associe une encéphalopathie non inflammatoire, un œdème cérébrale et des désordres hépatique. Cette pathologie touche essentiellement la population pédiatrique, les adultes sont exceptionnellement atteints. **Cas clinique:** MD est un homme âgé de 24 ans aux antécédents de rhumatisme articulaire aigu. Le patient a présenté une semaine avant son admission une éruption cutanée maculeuse et une fièvre non chiffrée. Une amélioration transitoire a été notée après automédication par paracétamol, puis suite à une prise d'un gramme d'acide salicylique (Aspirine*) le patient a présenté des troubles du caractère avec une agressivité motivant la consultation et puis son admission au service de réanimation. L'examen clinique trouve un état de stupeur, d'agitation avec désorientation temporo spatiale, sans syndrome méningé, il été apyrétique avec absence de lésions cutanées, les articulations étaient libres. Le scanner cérébral, le fond d'œil ainsi que l'échographie cardiaque étaient sans anomalies. L'examen toxicologique a objectivé une faible concentration d'acide salicylique (16 mg/L). La sérologie de la rubéole est revenue positive avec un taux très élevé d'IgM le bilan hépatique a objectivé une cholestase modérée sans cytolyse. La biopsie hépatique n'a pas été faite. L'évolution a été spontanément favorable avec sortie de la réanimation 5 jours après son admission. **Conclusion:** Le syndrome de Reye est rare, mais peut être grave. Il faut savoir l'évoquer à chaque fois ou s'associe une prise d'acide salicylique avec un épisode d'infection virale.

P108. CONFUSION FEBRILE EN RAPPORT AVEC UNE ENCEPHALITE : ET SI CE N'ETAIT PAS D'ORIGINE INFECTIEUSE ?

D.BELASFER, K. MEJED, S. HOUIMLI, S.OTHMENI, A. HAMMEMI, W. KAMKOUM, H.MAGHRAOUI, D.CIBOUB, C. HAMOUDA, N. BORSALI FALFOUL.

Introduction: la confusion fébrile est un motif fréquent de consultation aux urgences. Si l'étiologie chez le sujet âgé peut être multifactorielle, chez le sujet jeune elle est plus évocatrice d'une atteinte méningo-encéphalitique. Or les méningo-encéphalites (ME) sont caractérisées par un processus inflammatoire touchant le tissu cérébral associé à une réaction méningée. En pratique, la biopsie cérébrale étant rarement obtenue, le diagnostic est suspecté devant l'association de signes neurologiques centraux (convulsions, signes déficitaires ou troubles de conscience) et d'une méningite à liquide clair. Les ME peuvent être classées en trois catégories : les ME infectieuses (virales le plus souvent ou bactériennes),

les ME post-infectieuses et les ME non-infectieuses (vascularites, sarcoïdose, ...). **Observation:** On rapporte le cas d'une patiente âgée de 48 ans aux antécédents médicaux d'hypertension artérielle qui a été admise au service des urgences dans un tableau de confusion fébrile avec notion de céphalées intenses et de frissons. L'examen à l'admission trouve une patiente confuse avec un score de Glasgow évalué à 14/15, fébrile à 39.6°C, eupneique, avec un état hémodynamique stable, une raideur de la nuque sans signes de brudzinski ni kernig et sans signes neurologiques de localisation. Le diagnostic de méningo-encéphalite infectieuse était évoqué. On a donc complété par une tomodensitométrie cérébrale avec et sans injection de produit de contraste qui est revenue sans anomalie. Une PL pratiquée a ramené un liquide clair contenant 6 EB/mm³, une normoglucochorachie, une normoproteinochorachie et une normochlorurachie. La patiente a donc été mise sous céphalosporine de troisième génération à dose méningée et sous Aciclovir. Un complément d'exploration par une IRM cérébro-médullaire a été effectuée et a montré un aspect évoquant une origine inflammatoire type sclérose en plaque. L'électroencéphalogramme était normal. A noter que la radiographie thoracique n'a pas montré de foyer pulmonaire et l'ECBU était négatif. L'évolution a été marquée initialement par un état neurologique fluctuant puis le retour à un état de conscience normal au bout de 48 heures. Le traitement antibiotique et antiviral a été arrêté et la patiente a été adressée en neurologie. **Conclusion :** Vu le pronostic sombre des méningo-encéphalites infectieuses, elles sont évoquées en premier lieu dans un contexte d'urgence devant un tableau de confusion fébrile. Toute fois d'autres origines peuvent être révélées au cours de l'enquête étiologique ce qui souligne l'intérêt de l'accessibilité de l'IRM en urgence.

P109. SYNDROME D'ENCEPHALOPATHIE POSTERIEURE REVERSIBLE INDUIT PAR UNE GLOMERULONEPHRITE AIGUË POSTINFECTIEUSE CHEZ UN ENFANT DE 13 ANS.

N.BEN KHELIFA*, H.BACHROUCHE*, G.BEN SALEM*, A.ALLEGUI*, R.MUSTAPHA*, K.AISSA*, K.MHIRI*, K.BOUZAIDI**, A.BOUAZIZ ABED*. *Service de pédiatrie. Hôpital Mohamed Tlatli Nabeul. **Service de radiologie. Hôpital Mohamed Taher Al Maamouri Nabeul

Introduction: Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (SEPR) est une entité rare chez l'enfant dont le diagnostic est clinico-radiologique. Il se manifeste par des céphalées, une confusion, des troubles visuels et des crises convulsives. L'imagerie est caractérisée par des anomalies de la substance blanche suggérant un œdème typiquement des régions cérébrales postérieures pariéto-occipitales. C'est une complication rare d'une élévation brutale de la pression artérielle mais peut se voir dans d'autres circonstances comme l'insuffisance rénale, les traitements immuno-suppresseurs. L'étiopathogénie de ce syndrome reste inconnue. L'hypothèse la plus probable est le dépassement des capacités d'auto-régulation des vaisseaux cérébraux induisant un œdème cérébral. Nous rapportons le cas d'un enfant hospitalisé pour une glomérulonéphrite aiguë postinfectieuse (GNA) compliquée de SEPR. **Observation:** Un enfant âgé de 12 ans a été hospitalisé pour céphalées aiguës associées à une cécité suivies de convulsions partielles rapidement généralisées. Dans ses antécédents on trouve la notion de pyodermites des membres inférieurs mal traitées. L'examen clinique a montré une hypertension immédiatement menaçante à 18/9, un score de Glasgow coté 12/15 et un œdème généralisé. La BU a montré une protéinurie ++, Hématurie ++++. Le bilan a montré une insuffisance rénale avec urée à 10,7 mmol/L et créatinémie à 90 µmol/L. Le diagnostic de GNA post-infectieuse compliquée d'encéphalopathie hypertensive a été évoqué. Une tomodensitométrie cérébrale a été faite en urgence et a mis en évidence des lésions hypodenses cortico sous corticales pariétales bilatérales prédominantes à droite et a permis de retenir le diagnostic de SEPR. Un traitement symptomatique, par diurétiques (lasilix 10mg/kg /j), inhibiteurs calciques (loxen 2 mg/kg/j), une antibiothérapie et un bolus de Gardéнал devant l'état de mal convulsif, a été instauré. L'évolution a été favorable avec normalisation de la tension artérielle et de

l'examen neurologique en 24h et une reprise d'une acuité visuelle normale en 48h.
Conclusion: Le SEPR est une complication rare au cours de la GNA post infectieuse de l'enfant. Seules un diagnostic et une prise en charge précoces conditionnent son pronostic immédiat et ultérieur.

P110. PRONOSTIC DES TRAUMATISES CRANIENS ADMIS EN REANIMATION MEDICALE: A PROPOS DE 32 CAS.

F. DALY, M. OUESLETI, S. ABDELLATIF, A. TRIFI, A. BEN ABDERAHIM, R. MANAI, M. BOUZIDI, H. KALLEL, S. BEN LAKHAL. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU LA RABTA

Introduction : La pathologie traumatique représente dans le monde entier, un véritable fléau socio-économique et un réel problème de santé publique. Le but de notre travail est de déterminer les caractéristiques des patients admis dans notre service pour prise en charge de traumatisme crânien et leurs pronostics. **Matériels et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective, menée dans le service de réanimation médicale du CHU de La Rabta incluant les 32 patients successifs admis pour un traumatisme crânien soit isolé soit dans le cadre d'un polytraumatisme. Les patients ont été divisés en deux groupes ; groupe D des patients décédés et le groupe F dont l'évolution était favorable. Une analyse statistique a été réalisée pour comparer ces deux groupes. **Résultats:** 32 patients ont été inclus. L'âge moyen est de $37,93 \pm 16,4$ ans. Le sex-ratio est de 3,57. Le traumatisme est secondaire à un accident de la voie publique dans 25 cas (78,1%). Le score de Glasgow moyen initial est de 8,7 avec des extrêmes de 3 et 15. Le transport du lieu d'accident jusqu'aux urgences est médicalisé dans 7 cas (21,9%). Le traumatisme crânien est isolé dans 17 cas (53,1%). La durée de séjour moyenne dans notre service est de 17,46 jours. La durée de ventilation mécanique est de 10,5 jours en moyenne. 4 patients ont posé une indication urgente neurochirurgicale (12,5%). Le score SOFA moyen est de 4,62. La mortalité prédite par le score IGS II est de 14% et par le score APACHE II est de 17%. La mortalité observée est de 37,5%. L'évolution des autres patients était favorable sans séquelles dans 15 cas (46,9%) et avec séquelles motrices dans 5 cas (15,6%). Les caractéristiques principales figurent dans le tableau. La comparaison des deux groupe D et F a objectivé des facteurs de mauvais pronostic et qui sont : Le score SOFA ($p=10^{-3}$), le score IGS II ($p=0,013$), le score APACHE II ($p= 0,045$), le score de Glasgow initial ($p= 0,025$), la fréquence cardiaque ($p= 0,0042$) et la température à l'admission ($p=0,031$). **Discussion:** Notre série rejoint la littérature concernant la tranche d'âge jeune et la cause du traumatisme qui est l'accident de la voie publique dans la majorité des cas. La mortalité observée est un peu plus élevée que la mortalité prédite, ceci peut être expliqué par les conditions de ramassage qui ne figurent pas dans les items des scores. Par ailleurs, on retrouve les mêmes facteurs de mauvais pronostic décrits dans la littérature. **Conclusions:** La prise en charge du traumatisé d'une façon générale doit commencer dès le lieu de l'accident par le conditionnement puis par le transport médicalisé jusqu'à l'hôpital. Les données cliniques gardent toujours une valeur pronostique malgré les multiples scores pronostiques élaborées au fil des années.

P111. EMPYEME SOUS DURAL A GEMELLA MORBILLORUM : A PROPOS D'UN CAS

M. MARZOUK(1), M. BEN SALEM(2), A JAMOUCI(1), A GHARIANI(3), T MERHABENE(1), K BAHRI(2), K. BEN RHOMDHANE(1), E. MHIRI(3), J. BEN KHELIL(1), L. SLIM(3), K. BELKHOUSA(1), M BESBES(1). ¹ Service de réanimation médicale - Hôpital A Mami - Ariana. ² Service de neuro-chirurgie – Hôpital Ben Arous. ³ Laboratoire de microbiologie - Hôpital A Mami. Ariana

Introduction: L'empyème intracrânien représente une urgence médico-chirurgicale. Gemella morbillorum est un germe commensal du tractus oropharyngé et gastrointestinal. Il peut être responsable, dans de rares cas, d'infections sévères. Les empyèmes à G. morbillorum sont exceptionnels. Nous rapportons un cas d'empyème sous dural à G. morbillorum chez un jeune homme immunocompétent. Observation : Un étudiant âgé de 19 ans, aux antécédents de sinusites à répétition, avait consulté les urgences pour crise convulsive généralisée. L'examen trouvait un patient fébrile ayant un état de conscience altéré avec une raideur de

la nuque. Une TDM cérébrale objectivait un empyème sous dural para-sagittal droit associé à une thrombose partielle du sinus sagittal supérieur, un ramollissement veineux et une sinusite frontale droite. Le patient a été transféré en réanimation où il a été mis sous cefotaxime, ampicilline et gentamycine. Devant la survenue d'un état de mal convulsif, le patient a été intubé. Un contrôle scannographique avait révélé une majoration de l'empyème, pour lequel il a eu un trou de trépanation pariétal droit avec ponction-aspiration de 20 ml de pus franc. A J2 et devant la disparition du réflexe cornéen gauche, un 3ème scanner cérébral a été réalisé, objectivant une transformation hémorragique avec un œdème cérébral important, un engagement sous falcoriel et début d'engagement temporal avec une déviation de ligne médiane. Il a bénéficié en urgence d'une craniectomie décompressive avec évacuation de l'empyème. L'évolution a été marquée par l'amélioration de l'état de conscience mais persistance d'une hémiplégie de l'hémicorps gauche. Le patient a été sevré de la ventilation mécanique à J4 post opératoire. La culture du pus avait isolé *G. Morbillorum*. Le patient a été transféré à J22 post opératoire au service de neuro-chirurgie puis il a pu reprendre ses études universitaires sans séquelles neurologiques. **Discussion:** *G. morbillorum* est un cocci à Gram positif aéro-anaérobie, apparenté aux streptocoques. Quelques cas d'infections ont été rapportés avec des localisations variables : abcès intracérébraux, endocardite, péricardite, arthrite, pleurésie, spondylodiscite, abcès hépatique. Les facteurs de risque sont essentiellement: un mauvais état dentaire, des soins dentaires agressifs, une sinusite, une affection ou procédures colorectales, une corticothérapie au long cours et une dysfonction hépatorenale. Un seul cas d'empyème sous dural a été rapporté en Espagne en 2002. Le point de départ était une sinusite frontale et le traitement avait comporté une craniectomie décompressive et l'évolution était favorable. La pathogénie de l'infection du système nerveux central par *G. morbillorum* reste imprécise. **Conclusion:** *G. morbillorum* est un germe commensal pouvant être responsable de suppurations intracrâniennes. L'empyème sous dural à *G. morbillorum* est exceptionnel. Il nécessite une prise en charge médico-chirurgicale appropriée. Sa prévention est basée sur le traitement adéquat des infections ORL, particulièrement sinusiennes.

P112. MALADIE DE MOYA-MOYA REVELEE PAR UNE HEMORRAGIE CEREBRALE.
I.SEDGHIANI , Y. BLEL, A. M RAD, K. MEDDEB, M. MARZOUK, S. HABACHA, I.FATHALLAH, H. ELGHORD , N. KOURAICHI, N. BRAHMI, M. AMAMOU. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. HOPITAL ABDERRAHMEN MAMI. ARIANA

Introduction: La maladie de Moya Moya (ou aspect en « fumée de cigarette » en japonais) se caractérise par le rétrécissement progressif voire l'obstruction des artères situées au niveau de la base du crâne. Elle représente dans la littérature une des principales causes des AVC de l'enfant et de l'adulte jeune. Nous rapportons dans ce travail l'observation d'une jeune patiente qui présente un AVC hémorragique révélateur de la maladie de Moya-Moya. **Observation:** Patiente âgée de 24 ans, aux antécédents de céphalées chroniques, s'est présentée aux urgences pour céphalées d'installation brutale, vomissements et des troubles de la vigilance. La patiente a été intubée ventilée. Le scanner cérébral avait montré une hémorragie cérébro-méningée avec inondation quadri ventriculaire. A la recherche d'une malformation artério-veineuse, l'artériographie avait révélé des sténoses étendues au niveau de la pyramide de willis avec un réseau de suppléance très développé, aspect pathognomonique de la maladie de Moya-Moya. L'évolution a été marquée par un long séjour en réanimation. Elle est sortie 3 mois après avec une trachéotomie, une tétraparésie et un état de conscience correcte. **Discussion:** La maladie de Moya Moya est une maladie angiogénique liée à une sténose progressive des artères cérébrales situées au niveau de la base du cerveau, avec développement d'un réseau collatéral qui donne un aspect en « fumée de cigarette » (« moya-moya » en japonais). C'est la première cause d'AVC de l'enfant au Japon avec une prévalence de 3/100.000. En Europe, son incidence est du 1/10 de ce qu'elle est au Japon. Les syndromes de Moya-Moya peuvent être primitifs (maladie de Moya-Moya) ou secondaires à des pathologies (la drépanocytose, neurofibromatose de type 1). La symptomatologie est souvent insidieuse avec céphalées, crises épileptiques, détérioration du langage et des fonctions cérébrales supérieures. Néanmoins, son

expression peut être aigue: hémiplégie, parfois une hémichorée. La répétition des déficits est la règle avec souvent un tableau d'hémiplégie alternante. Le traitement doit être précoce pour éviter le retentissement des sténoses vasculaires sur le parenchyme cérébral. Les anticoagulants et antiagrégants: Prévenir les récurrences des AVC mais avec un grand risque de transformation hémorragique des lésions. Le traitement chirurgical consiste en une revascularisation des zones ischémisées par des anastomoses duro-encéphaliques uni ou bilatérales. **Conclusion:** La MM est une maladie rare mais grave. L'angiographie est essentielle pour le diagnostic. Sa prise en charge est difficile en raison du risque de récurrence des AVC même après la chirurgie.

P113. ECLAMPSIE: CIRCONSTANCES DE SURVENUE ET PRISE EN CHARGE A PROPOS DE 10 CAS

I. BRAHEM, DH. GHANNEM, R. HMILA, KH. FATHALLAH, A. MEMMI, W. DENGUEZLI, M. FEKIH, S. HIDAR, M. BIBI, H. KHAIRI, K. GAHBICHE *, H. ECHHOUMI *, S. GMATI *, S. SMAIRI*, A. BOUSLEMA*, A. BRAHIM*, F. FERHI*, K. TARMIZ*, D. BELTAIFA*, K. BEN JAZIA *. Service de Gynécologie Obstétrique CHU Farhat Hached Sousse. *Service d'anesthésie-réanimation CHU Farhat Hached Sousse

Introduction: - La fréquence de l'éclampsie reste relativement faible dans notre pratique hospitalière. - L'étude de la littérature permet de constater une fréquence < 1‰. - Affection grave : pronostic maternel et foetal. - 2e cause de décès maternel. But : - Evaluer les causes et les circonstances de survenues des crises d'éclampsie. **Matériels et méthodes** : - Il s'agit d'une étude rétrospective concernant les cas d'éclampsie colligés à notre maternité entre 01 janvier 2009 et 30 juin 2011 ; 10 observations ont été retenues. **Résultats:** - L'âge moyen des patients est 31 ans [24-37 ans]. - La gestité moyenne était de 01. - La parité moyenne était de 01. - La grossesse était mal suivie dans 06 cas. - L'âge moyen de grossesse de 31 SA [30-38 SA + 5 jours]. - L'incidence de l'éclampsie s'est élevée à 0.47 ‰ accouchements. - L'éclampsie a été inaugurale de la toxémie gravidique dans 5 cas. - Le pronostic foetal a été marqué par la survenue d'un état de mort apparente dans 1 cas, une détresse respiratoire motivant le transfert des nouveau-nés en service de réanimation néonatale dans 4 cas. **Conclusion** : Les complications maternelles et périnatales liées à l'éclampsie sont toujours préoccupantes, ainsi des efforts devront être fait pour, d'une part mieux organiser le dépistage des cas de pré-éclampsie et d'autre part améliorer la prise en charge des nouveau-nés prématurés en particulier réduire le taux de mortalité néonatale.

P114. CAUSE RARE DE MALAISE GRAVE DU NOURRISSON.

K. AISSA, K. MHIRI, R. MUSTAPHA, H. BACHROUCHE, A. ALLAGUI, N. BEN KHLIFA, K. MESSAOUI, G. BEN SALEM, A. BOUAZIZ ABED. SERVICE DE PÉDIATRIE DE L'HÔPITAL MOHAMED TLATLI. NABEUL

Introduction: Le malaise du nourrisson est une urgence pédiatrique fréquente. C'est une entité hétérogène regroupant plusieurs symptômes et pouvant révéler de nombreuses affections sous-jacentes. L'allergie aux hydrolysats de protéines du lait de vache est une cause rare de malaise. Objectif : montrer l'importance de l'anamnèse dans l'enquête étiologique du malaise grave du nourrisson. **Observation** : nous rapportons l'observation d'un garçon âgé de 4 mois hospitalisé pour malaise comportant un accès de cyanose avec hypotonie et somnolence. L'examen physique initial trouve un nourrisson somnolent avec des extrémités froides et un TRC allongé. La conduite immédiate était de le mettre sous oxygène et de lui administrer 2 remplissages de sérum physiologique permettant de stabiliser son état hémodynamique. La reprise de l'interrogatoire trouve qu'il a été hospitalisé à l'âge de 40 jours pour gastro-entérite sévère suite à laquelle il a été mis sous pepti-junior® avec amélioration partielle de la symptomatologie digestive. L'introduction au domicile d'un

biberon de lait premier âge a déclenché des vomissements aigus puis une diarrhée profuse. Deux heures plus tard le nourrisson a été ramené aux urgences pour le malaise. Après réhydratation par voie parentérale, le nourrisson a été alimenté avec un hydrolysé de protéines du lait de vache (Pepti-junior®) qui a provoqué une anaphylaxie digestive confirmant ainsi l'allergie aux hydrolysés de PLV. Les prick-tests étaient positifs pour le lait de vache et le Pepti-junior. Les IgE spécifiques étaient positives contre le lait de vache et ses protéines (protéines du lactosérum et caséines). L'évolution était marquée par une bonne prise pondérale sous Modilac Riz® avec un transit normal. La diversification a été débutée à l'âge de six mois sans protéines du lait de vache. La tolérance aux PLV n'est pas encore acquise. **Conclusion:** L'allergie aux protéines du lait de vache est une cause rare de malaise. L'anamnèse permet habituellement d'orienter l'enquête étiologique vers ce diagnostic limitant ainsi les investigations à visée étiologique.

P115. TRAUMATISME CRANIEN ADMIS A LA SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES : ETUDE DES FACTEURS PRONOSTIQUES.

C. BEN SALAH, Y. AMMAR, M. B HADJ ALI, K. BOUZAIDI*, N. MTAOUA, N. RIDENE, E. RBIA, A. LAMOUCI, Y. KALAI, K. MEHREZ, Y. GUERBOUJ, S. DRIDI, I. SKOURI. SERVICE DES URGENCES. * : SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE. HOPITAL MAAMOURI NABEUL

Introduction: Le traumatisme crânien est la première cause de décès et d'invalidité chez l'adulte jeune. C'est un véritable problème de santé publique par le coût de sa prise en charge et la difficulté de réinsertion socioprofessionnelle. Le but de notre travail est d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques, tomodensitométriques et de dégager les facteurs pronostiques à la phase initiale d'un traumatisme crânien admis à la salle d'accueil des urgences vitales. **Matériel et méthodes:** étude rétrospective menée au service des urgences de l'hôpital Maamouri de Nabeul durant l'année 2012 et ayant inclus tout traumatisé du crâne admis à la SAUV(CGS≤8). Nous avons inclus dans notre étude 92 patients, différents paramètres ont été rapportés à la mortalité permettant l'étude des facteurs de mauvais pronostic et ceci par analyse statistique (logiciel SPSS version 18). **Résultats:** L'âge moyen de nos patients est de 35,35±17,43 ans avec prédominance masculine (SR=8,2). 56% des patients sont âgés de plus que 30 ans. 79,3% n'avaient aucun antécédent. 53,3% des patients sont arrivés à nos urgences par des ambulances non médicalisées. Il s'agit dans 79,3% des cas de victimes d'un accident de la voie publique. Le traumatisme crânien était isolé dans 51,1%. A l'admission, 38,5% de nos patients avaient un CGS<8. Une hypotension était notée dans 28,6% des cas. Les patients étaient classés graves d'emblée dans 52,4% des cas. Une hypoxémie est retrouvée chez 15,3% de nos patients. Une anisochorie ou une mydriase étaient observées dans 20,7% des cas. Une hyperglycémie était constatée chez 41,3% des cas. La tomodensitométrie initiale était sans anomalie dans 29,3%. 76,1% des patients ont été intubés, dont 47,1% étaient mis sous drogue vasoactives. La mortalité globale était de 19,6%, avec comme facteur de mauvais pronostic à la phase initiale du traumatisé crânien : un coma d'emblée avec un CGS<8 (p<0,001), une hypotension (p<0,001), une hypoxémie (p<0,04), un IGS ≥8 (p<0,025), une anisochorie ou une mydriase (p<0,001), les patients ayant nécessité leurs mise sous drogue vasoactives (p<0,001). **Conclusion:** A fin d'amélioration le pronostic d'un traumatisé crânien le traitement initial doit être agressif et guider par les données cliniques qui sont plus fiables que les résultats tomodensitométriques.

P116. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTS MYASTHENIQUES GRAVES PROPOSES POUR UNE THYMECTOMIE

S. SMAIRI, H. ECHHOUMI, MS. NAKHLI, A. CHOUCHE, R. JOUINI, M. FARHAT, H. CHEMCHIK, R. SAÏD. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL-SOUSSE

Introduction : Environ 15% des patients avec une myasthénie présentent un thymome. la plupart des thymomes sont retirés chirurgicalement mais les avis divergent concernant les facteurs pronostiques de réponse à la thymectomie. **Matériel et méthodes:** Il s'agit d'une

analyse rétrospective de 56 dossiers de patients porteurs d'une myasthénie et opérés d'une thymectomie entre Janvier 1991 et Aout 2011 avec recueil des données pré opératoires, des paramètres de l'anesthésie et des caractéristiques de la période post opératoire. Résultats : L'âge moyen était de 34 ans. Le traitement préopératoire avait comporté des anticholinestérasiques dans 100% des cas. 5 patients prenaient des corticoïdes en pré opératoire, 2 avaient bénéficié d'immunoglobulines intraveineuses en pré opératoire et 3 d'échanges plasmatiques. La durée moyenne d'hospitalisation était de 6 jours. L'évolution post-opératoire de la myasthénie a été marquée par une amélioration clinique nette dans la majorité des cas (43% des cas). Des facteurs de risque de surmortalité des patients dans notre population tel que l'âge et le délai de prise en charge chirurgicale ont été identifiés. **Conclusion:** La thymectomie garde une place importante dans le traitement de la myasthénie. L'indication du geste chirurgical reste dictée par l'âge du patient, sa réponse au traitement médical et bien sûr la présence ou non de thymome.

P117. HOW COULD WE IMPROVE POLYTRAUMA CASES MANAGEMENT IN RESUSCITATION UNIT?

K.ELIFA (**), H.FARHAT (*), I.HADDED(**), M.MILEDI(*), M.TRABELSI (**)(*): MINISTRY OF HEALTH. (**): TRAUMA AND SEVERE BURNS CENTER

Introduction: Trauma emergencies; are becoming more and more registered in our ERs, disrupting daily health management system specially with the high increasing of road traffic accidents, affecting the quality of our capability to handle perfectly all Polytrauma cases resulted. According to WHO (World Health Organization), it published that in Middle-income countries and Low-income countries, Road traffic accident causes CMR: 19.5 - 21.5 /100000. For us as Tunisian citizens, it's something feeds our awareness to build perfectly our capacity to reform our health strategy to manage successfully all Trauma emergencies starting with improving Polytrauma case management in ER. So, that's pushing us always to ask ourselves: "How could we really improve a Polytrauma case management in ER"? The purpose of this case study is to evaluate Polytrauma cases management in Trauma center's resuscitation unit and to identify all needed recommendations to improve a Polytrauma case management in resuscitation unit. II. Methods: The period of this case study was between March 17th and June 17th 2012, it includes all Polytrauma cases registered in resuscitation unit (RU) of Trauma center's ER. **Results:** 76 Polytrauma cases were registered from 174 patients were processed in RU of trauma center's ER with a Polytrauma weekly average equal to 5,84 cases. 29% of Polytrauma cases were lethal. The sex-ratio is 4,07. 4% of cases were under 14 years, 85% were between 14 and 65 years and 11% were upper than 65 years. 72% of cases were evacuated to ER by civil protection team, 20% by SAMU (Pre-hospital medical care service) and 8% by its own means. 57,63% of cases needed a duration of processing in RU over than one hour. 14% of cases needed CPR, 18% needed tracheal intubation and 64% needed an arterial blood sample. 45% of cases were processed during the night shift. 49 of Polytrauma cases were caused by road traffic accidents. 19,74% of cases were hospitalized in ICU, 23,68% in surgery department and 17,11% of cases in orthopedic department. According to data that we found, obtaining a successful Polytrauma management is based on 03 pillars: Perfect preparedness, organized processing and building competence. These pillars can be absolutely insured from realizing the following recommendations: Triage, having a RU team composition matrix, having frequent and periodic training in addition of SIMEX, improve the security circumstances to the personnel, building and strengthening trauma centers' departments hospitalization capacity and doing a permanent Polytrauma data surveillance. **Conclusion:** We believe that even with a perfect staff members, too much personnel, good pre hospital triage but with Bad organization and coordination we can never reach a successful Polytrauma case management, but with an organized and structured management, an organized RU and specially well trained paramedic personnel am absolutely sure we can reach a successful Polytrauma case management in our ER.

P118. THROMBOPHLEBITE CEREBRALE DU POSTPARTUM A PROPOS D UN CAS.

A. ABDALLAH, H. HASYEOUI, B. HAMDY, K. MAGDOUD. MATERNITE DE BEN AROUS

Introduction: Les accidents thromboemboliques sont favorisés par la grossesse et le postpartum, d'où chaque femme à risque doit bénéficier d'un traitement anticoagulant visé préventive. Surtout en présence d'un déficit congénital d'un des éléments de la coagulation. En présence de troubles neurologiques ou thymiques en postpartum, le diagnostic de thrombophlébite cérébrale doit toujours être évoqué. **Observation:** Nous rapportons le cas de Mme A A âgée de 23 ans primigeste primipare sans antécédents, ayant accouché par voie basse d'un nouveau-né de sexe masculin avec des suites postpartum simples. Elle nous a consulté à j 4 pour des céphalées atroces avec fièvre. Après avoir éliminé les causes d'une éventuelle fièvre à l'examen clinique on a procédé à une TDM sans injection revenant normal. 24H après l'admission vu la non amélioration des céphalées une IRM a été faite. Le diagnostic de thrombophlébite a été alors retenu au terme de cet examen et la patiente a été mise sous anticoagulants avec un total de 5 jours d'hospitalisation et d'un traitement anticoagulant de 6 mois. L'exploration étiologique ultérieure a objectivé un déficit en protéine C. **Objectifs :** A travers ce cas et une revue de littérature on déterminera les principaux critères diagnostiques d'une thrombophlébite du postpartum, les éventualités thérapeutiques. **Conclusion :** La thrombophlébite cérébrale est un accident redoutable fréquent en postpartum vu les modifications physiologiques de la coagulation qui doit être toujours gardé à l'esprit en cas de troubles neurologiques.

P119. KYSTE HYDATIQUE DU CERVEAU RECIDIVANT. A PROPOS D'UNE NOUVELLE OBSERVATION.

Y. AMMAR, M. BEN HADJ ALI, N. RIDENE, C. B. SALAH, N. B. MEFTEH, R. BIA E, N. MTAOUA, A. LAMOUCHE, I. SKOURI, A. KHELIL. SERVICE DES URGENCES. HOPITAL TAHAR MAAMOURI. NABEUL

Introduction: L'hydatidose ou kyste hydatique du cerveau est une affection parasitaire provoquée par le développement chez l'homme de la forme larvaire d'un tenia: Echinococcus granulosus. La localisation cérébrale du kyste hydatique est rare (0,5 à 4,5%). **Observation :** Nous rapportons l'observation d'une patiente de 26 ans, ayant accouché par voie basse il y'a 35 jours, notion de traumatisme crânien il y'a 20 jours. Elle nous est adressée pour coma. L'examen à nos urgences trouvait un CGS 7/15, une anisochorie, une paralysie faciale gauche. La patiente a été sédaturée, intubée, et mise sous ventilation mécanique. Une tomodensitométrie cérébrale a été pratiquée et a objectivé une formation multiloculaire pariéto-occipitale droite rehaussée par l'injection du produit de contraste avec effet de masse et engagement sous falcoirel évoquant un kyste hydatique du cerveau. La patiente a été adressée en neurochirurgie où elle a été opérée d'urgence, sortie à J 4 post-opératoire avec persistance d'une hémiparésie gauche. Trois ans après l'intervention, la patiente a reconsulté nos urgences pour des céphalées et des vomissements avec un examen clinique strictement normal, un scanner cérébral a été pratiqué et a découvert une récurrence du kyste hydatique. **Conclusion:** Le kyste hydatique du cerveau est une pathologie rare, elle s'observe essentiellement chez l'enfant en zone d'infestation endémique. La tomodensitométrie cérébrale permet de faire le diagnostic, et le traitement est neurochirurgical. Le risque de récurrence est d'environ 19% et il est corrélé avec le taux de rupture per-opératoire du kyste.

THEME HEPATO-GASTRO-NUTRITION

P120. CHARACTERISTICS AND MANagements OF PENETRATING BRAIN INJURY

M. GARA, M. NABLI, S. BEN HAOUALA, L. MANSALI STAMBOULI, S. SEBAI, F. HAFI, M. BEN ALI, S. MILI, M. GAHBICHE.

ANESTHESIA DEPARTEMENT AND SURGICAL INTENSIVE CARE FATTOUMA BOURGUIBA MONASTIR.

Introduction: Penetrating craniocerebral injuries are rarely described in our country. This medico surgical emergency requires an immediate diagnosis and a rapid management to

improve its prognosis (C. Offiah, *Clinical Radiology*: 2009). We aim in our study to determine the epidemiological characteristics of penetrating cranio-cerebral injuries.

Patients and Methods: We retrospectively reviewed 21 patients with penetrating cranio-cerebral injuries hospitalized between 2003-2012 in our surgical unit care. We included patients with confirmed isolated cranio-cerebral injuries. The mechanism of injury, clinical presentation, investigations and complications were reviewed. All patients had an aggressive postoperative management. We recorded in-hospital mortality and neurological outcome by the GOS at 3 months. **Results:**

Epidemiological characteristics	N=21
Male Sex	85.7%
Mean Age (years)	32.4 ± 15.7
ASA status I	90.5 %
trauma mechanism:	52.4%
traffic accident	71.4%
GCS ≤ 8.	28.6%
bilateral fixed mydriasis at admission.	
Timing injury-hospitalization (hours)	4 ± 1.4
CT scan done on admission	85.7%
frontal lobe injury's	57%
subarachnoid hemorrhage	52.4%
cerebral edema	47.6%
intracerebral hemorrhage	43 %
Metal or bone fragments	38%
Operative timing (hours)	6.3±1.5
Per-operative diagnosis	38%
Decompressive craniectomy	14%
Mean length of ICU stay (days)	6,7 (1–25)
Overall In-hospital Mortality	62%
Mortality on hospital arrival	23.8%
GOS (3 months) 4-5 good recovery	38%

Conclusion: Penetrating cranio-cerebral injuries are a rare but a serious problem in our country with a high mortality. An aggressive approach to these lesions might result in saving more lives and preserving more neurological functions.

P121. HEPATITE MEDICAMENTEUSE FULMINANTE INDUITE PAR LE CLOPIDOGREL

MF. ABBES, H. BEN GHEZALA, J. BOUMIZA, A. DOGHRI, M. KADDOUR, L. NAIRI, K. BEN TAHER. SERVICE DES URGENCES. HOPITAL ZAGHOUAN

Introduction: Le Clopidogrel est indiqué dans la prévention des événements liés à l'athérombose: Chez les patients souffrants d'une infarctus de myocarde, d'un accident vasculaire cérébral, ou d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs établie. - Chez les patients souffrants d'un syndrome coronarien aigu, avec ou sans sus-décalage du segment ST ; y compris les patients bénéficiant d'une angioplastie coronaire, en association à l'acide acétylsalicylique. **Observation :** Il s'agit de Madame ZZ. âgée de 79 ans, HTA, DNID au stade de complications dégénératives ; qui a consulté aux urgences pour SCA ST+ en inférieur en rapport avec une atteinte essentiellement mono-tronculaire de coronaire droite ; nécessitant une angioplastie primaire, avec pose d'un stent. Les suites immédiates étaient marquées par l'aggravation subite de son insuffisance rénale, par nécrose tubulaire aigue, d'évolution partiellement favorable après deux séances d'hémodiafiltration. Une thrombopénie tardive (chute des plaquettes sanguines à 55000 éléments/mm³), induite par l'héparine est survenue ; son évolution était également favorable. Deux semaines plus tard, la patiente a développé un ictère d'aggravation rapidement croissante, avec altération

franche de l'état général. Le diagnostic d'une hépatite aigue grave a été retenu (SGOT=1512 UI/l, SGPT=945 UI/l, PA=1010 U/l, BT=186 mg/l, BI=146 mg/l, TP spontané=13%, plaquettes=35000/mm³). La patiente est décédée 24 heures après son admission, malgré l'arrêt de Clopidogrel et toutes les manœuvres de réanimation médicale. **Conclusion** : La tolérance du Clopidogrel a été étudiée chez plus de 42000 patients, dont plus de 9000 ont été traité un an ou plus. Les effets indésirables cliniquement pertinents sont poolés à partir des études CAPRIE, CURE, CLARITY, et COMMIT. La survenue d'une thrombopénie sévère a été de 0.2% sous Clopidogrel dans l'étude CAPRIE ; cependant des anomalies des tests de la fonction hépatique ont été exceptionnelles.

P122. STEATOSE HEPATIQUE AIGUE GRAVIDIQUE: A PROPOS DE 16 CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE.

M. NAJJAR, C. MRAZGUIA, H. MAKNI, A. AJILI

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 foetale 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 2007 à juin 2011 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 3ème trimestre dans 87,5% des cas, syndrome polyuropolydypsique 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 cytolysé 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 foetale 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 foie 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 foetale 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-foetal justifiant ainsi une prise en charge pluridisciplinaire incluant gynécologue, réanimateur, pédiatre et spécialiste en gastrologie.

P123. INFARCTUS MESENTERIQUE REVELANT UN DEFICIT EN PROTEINE S

F. BEN DAMEN, A. BEN AMOR, M.* BEN HADJ ALI, i. BEN AHMED, S. AZZABI, R. JAZZI, h. HARRANE, F. MARZOUKI. S.A.U H.M.T.MAAMOURI NABEUL

Introduction: Les thromboses veineuses mésentériques sont une forme rare et distincte d'ischémie intestinale. Plusieurs étiologies sont rapportées notamment les anomalies de la coagulation. Le déficit en protéine S en est une cause très rare. Nous en rapportons une nouvelle observation. **Observation** : Patient âgé de 37 ans, tabagique à 20 paquets année était hospitalisé en février 2008 pour prise en charge d'une fièvre persistante. 24 heures après, il a présenté des douleurs abdominales diffuses associées à des vomissements. L'examen clinique a trouvé un patient fébrile en état de choc avec une sensibilité abdominale

péri-ombilicale et une défense sous ombilicale. Le bilan biologique initial était normal en dehors d'une hyperleucocytose à 24500 éléments blancs / mm³. La radiographie de l'abdomen sans préparation a montré deux niveaux hydroaériques de type grêlique. Lors de l'intervention chirurgicale, l'intestin grêle était uniformément dilaté, d'aspect bleuâtre ecchymotique et atone avec infiltration du méso. Il existait également un épanchement intra-péritonéal séreux. La recherche d'une cause infectieuse, inflammatoire ou néoplasique était négative. La recherche d'une thrombophilie mettait en évidence un déficit en protéine S. Le reste du bilan de thrombophilies et le bilan immunologiques étaient négatifs. Un traitement par héparinothérapie relayée par les antivitamines K permettait une évolution favorable avec un recul actuel de 5 ans. **Conclusion** : A travers cette observation et une revue de la littérature, les auteurs discuteront les particularités cliniques, diagnostiques et évolutives de cette cause rares de douleurs abdominales aiguës.

P124. FACTEURS PREDICTIFS D'EVOLUTION DEFAVORABLE AU COURS DE L'INSUFFISANCE HEPATOCELLULAIRE AIGUE GRAVE DE L'ENFANT.

O. BOUYAHIA, H. HAFSI, F. FRIHA, I. BEN MESSOUD, M. ASSIDI, S. SAMMOUD.
SERVICE DE MEDECINE C, HOPITAL D'ENFANTS DE TUNIS

Le but de ce travail : est de déterminer les facteurs prédictifs d'évolution défavorable au cours des insuffisances hépatocellulaires aiguës sévères (IHAS) de l'enfant. **Patients et Méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective des dossiers d'enfants hospitalisés pour IHAS sur un période de 12 ans dans un service de Pédiatrie. Ont été inclus les enfants âgés de moins de 16 ans et ayant une diminution récente et prolongée du temps de Quick et /ou du facteur V de plus de 50% de la normale. Ont été exclus les enfants ayant un antécédent connu d'hépatopathie chronique et ceux ayant une IHAS secondaire à un sepsis grave ou une défaillance multi viscérale. **Résultats** : Trente deux enfants, 20 filles et 12 garçons, ont été colligés soit une incidence de 2.5 cas/ an, l'âge moyen était de 5 ans et 5 mois. Soixante douze pour cent des patients ont développé une encéphalopathie : fulminante dans la moitié des cas. Une hépatite virale a été incriminée dans 31% des cas, dominée essentiellement par l'hépatite virale A, une cause toxique dans 28% des cas, une origine métabolique dans 19% des cas et une hépatite auto immune dans 16% des cas. L'étiologie est restée indéterminée dans 16% des cas. Une ventilation artificielle a été indiquée chez 28% des cas devant un coma profond et/ou ou une atteinte respiratoire sévère. La mortalité était de 34%, les principales causes de décès étaient le sepsis grave et les défaillances multi viscérales. Les facteurs associés à la mortalité était : un taux de bilirubine > 300ymol/l, un temps de Quick <21% et le stade d'encéphalopathie (p<0.05). **Conclusions** : La mortalité par IHAS est élevée en l'absence de transplantation hépatique. Les facteurs de mauvais pronostic étaient un taux de bilirubine > 300ymol/l, un temps de Quick <21% et le stade d'encéphalopathie. La prévention des causes toxiques et virale par la généralisation de la vaccination anti hépatite A permettrait de diminuer l'incidence de cette affection grave.

P125. PANCREATITE AIGUE SECONDAIRE A UN KYSTE HYDATIQUE PRIMITIF DU PANCREAS : UNE SITUATION RARE

A. BELHADJ, H. MAGHREBI, R. REHAÏM, O. BELGHITH, A. MAKNI, S. AYADI, W. REBAÏ, A. DAGHFOUS, R. KSANTINI, F. FETERICHE, F. CHEBBI, M. JOUINI, M. KACEM, Z. BEN SAFTA. SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A. HOPITAL LA RABTA

Introduction : La maladie hydatique représente un problème de santé publique dans les pays endémiques notamment en Tunisie. Le kyste hydatique pancréatique primitif est rare et représente moins de 1% des cas. En effet, contrairement aux complications biliaires du kyste hydatique qui sont d'observation courante, la survenue d'une pancréatite aiguë (PA) d'origine hydatique est très rare. Nous rapportons une nouvelle observation, en étayant les différentes hypothèses pathogéniques et en insistant sur l'apport de l'imagerie dans le diagnostic ainsi que l'apport de la chirurgie. **Observation** : Une patiente âgée de 38 ans, sans antécédent notable, n'ayant aucune consommation alcoolique, était admise en urgence pour des douleurs abdominales diffuses avec nausées et vomissements. L'examen physique

retrouve une patiente apyrétique, anictérique avec une sensibilité épigastrique. A la biologie, l'amylasémie était à 21xN. Les globules blancs à 13000. Une note de cytolyse avec ALAT à 7.5xN et ASAT à 3xN. Les sérologies hépatiques étaient négatives. La radiographie du thorax était sans anomalies. L'échographie était gênée par l'importance des gaz digestifs (iléus fonctionnel). La TDM a montré une formation kystique, corporéo-caudale, multiloculaire, de 100x90mm, bien limitée par une paroi propre, contenant de fines calcifications évoquant un Kyste hydatique. La TDM a également objectivé un aspect tuméfié du pancréas avec infiltration de la graisse péri-pancréatique témoignant d'une pancréatite aiguë stade E. La sérologie hydatique était positive (ELISA). L'évolution clinique était favorable sous traitement médical et le patient a été opéré 3 semaines après. L'exploration chirurgicale a noté la présence d'une masse kystique de 10 cm du corps et de la queue du pancréas d'allure hydatique. Une spléno-pancréatectomie caudale a été réalisée. Les suites opératoires ont été simples. L'examen anatomopathologique a confirmé la nature hydatique de la lésion. Le patient a été mis en post opératoire sous Albendazole. Après deux ans de recul, le malade se portait bien sans récurrence hydatique. **Conclusion** : Le kyste hydatique du pancréas est une pathologie rare. La pancréatite hydatique constitue une complication exceptionnelle. L'imagerie et notamment le scanner abdominal sont d'un grand apport pour le diagnostic. Le traitement est chirurgical et dépendra du siège du kyste et de l'existence ou non d'une fistule kysto-canalaire

P126. PRISE EN CHARGE DE LA SUPPURATION DE LA NECROSE PANCREATIQUE AU COURS DES PANCREATITES AIGUES GRAVES LITHIASIQUES

A. BELHADJ, H. MAGHREBI, S. AYADI, A. SAIDANI, A. DAGHFOUS, A. MAKNI, W. REBAI, R. KSANTINI, F. FETERICHE, F. CHEBBI, A. AMMOUS, M. JOUINI, M. KACEM, Z. BEN SAFTA. SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A. HOPITAL LA RABTA

Introduction : La pancréatite aiguë grave lithiasique est une pathologie fréquente. Elle est dominée sous nos cieux par l'étiologie lithiasique. La surinfection de la nécrose pancréatique est une redoutable complication qui marque un tournant dans l'évolution de la maladie. Actuellement le drainage percutané de cette nécrose infectée constitue le gold standard dans le traitement de cette complication. **Observations** : Nous rapportons une série de 55 pancréatites aiguës graves lithiasiques colligés dans le service de chirurgie A de l'Hôpital La Rabta sur une période de 7 ans. Parmi ces 55 pancréatites, 10 malades ont présenté une suppuration de nécrose. Il s'agissait tous de pancréatites aiguës stade E de Balthazar avec un score de Ranson variant de 1 à 5. Le diagnostic était évoqué devant l'installation d'un syndrome septique et la reprise d'inconfort et d'intolérance digestive. Une ponction – drainage des coulées de nécrose pancréatique a été réalisé sous guidage scannographique permettant de ramener un liquide purulent mis en culture. Le germe le plus fréquemment isolé est l'Escherichia Coli. Le traitement, outre le drainage percutané, consistait en une correction de la volémie, des troubles hydro-électrolytiques et une antibiothérapie d'abord probabiliste puis orientée par le résultat de l'antibiogramme. Nous avons décrété l'échec du traitement percutané pour un seul malade qui a présenté un état de choc septique malgré une antibiothérapie à large spectre et à doses efficaces et un drain bien positionné, fonctionnel. Ce malade a eu une nécrosectomie chirurgicale avec évolution favorable. **Conclusion** : La suppuration de la nécrose pancréatique est une complication redoutable qui se voit au cours des pancréatites aiguës lithiasiques graves. Elle nécessite une prise en charge précoce, énergique et implique une étroite collaboration entre chirurgiens, réanimateurs, radiologues et bactériologistes.

P127. LA STENOSE ULCEREUSE PYLORO-DUODENALE. INTERET DE LA REANIMATION PRE-OPERATOIRE. A PROPOS DE 116 CAS

A. BELHADJ, H. MAGHREBI, A. DAGHFOUS, Y. BEN SAFTA, S. AYADI, A. MAKNI, W. REBAI, R. KSANTINI, F. FETERICHE, F. CHEBBI, A. AMMOUS, M. JOUINI, M. KACEM, Z. BEN SAFTA. SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A. HOPITAL LA RABTA.

Introduction: La sténose ulcéreuse pyloro-duodénale, complication redoutable de la maladie ulcéreuse demeure assez fréquente dans les pays en voie de développement. Malgré l'avènement des antiulcéreux et les progrès du traitement endoscopique, son traitement reste essentiellement chirurgical. **But du travail :** Le but de cette étude a été de présenter les caractéristiques cliniques et paracliniques de la sténose ulcéreuse pyloroduodénale, de préciser la place de la chirurgie en matière de résultats fonctionnels et de morbidité post opératoire précoce. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective consécutive ayant colligé 116 malades opérés pour une sténose ulcéreuse du bulbe dans le service de Chirurgie Générale A de l'hôpital La Rabta sur une période de 9ans. **Résultats :** Les patients se répartissent en 18 femmes (15.1%) et 98 hommes (84.5%). L'âge moyen est de 47.85. Le motif de consultation le plus fréquent était les vomissements et les douleurs abdominales dans. Une perte importante du poids était notée chez 83 patients. Le traitement a consisté après une réanimation médicale systématique, en une vagotomie tronculaire avec une gastro-entéro-anastomose. Les suites opératoires étaient simples dans 102 cas (88 %). La durée moyenne du séjour postopératoire était de 8 jours, avec une mortalité nulle et une morbidité globale de 12.4%. Les troubles de la vidange gastrique étaient observés chez 12 patients. A l'issue de l'étude statistique des facteurs prédictifs de morbidité de notre série, il en ressort que la cachexie (0.009) et la classe ASA et en particulier le diabète (0.02) étaient les seuls facteurs statistiquement liés à la survenue de troubles de la vidange gastrique. **Conclusion :** La prise en charge thérapeutique des sténoses ulcéreuses du bulbe est multidisciplinaire impliquant chirurgien, gastro-entérologue et réanimateur. A l'issue de notre étude, nous proposons la vagotomie tronculaire avec gastro-entéro-anastomose comme l'intervention de choix des sténoses ulcéreuses du bulbe. La réanimation pré-opératoire et surtout l'alimentation parentérale en cas de cachexie constitue un volet incontournable de la prise en charge permettant de réduire la morbimortalité postopératoire.

THEME TOXICOLOGIE

P128. INTOXICATION A L'ETHYLENE GLYCOL : A PROPOS D'UN CAS

F. MEDHIOUB, N. BEN ALGIA , O. TURKI, K. CHTARA, A. CHAARI, H. CHELLY, C. BEN HAMIDA, H. DAMMAK, M. BAHLOUL, M. BOUAZIZ. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU HABIB BOURGUIBA. SFAX

Introduction : L'intoxication aiguë par l'éthylène glycol est rare en Tunisie mais potentiellement grave. Nous rapportons un cas d'intoxication volontaire à l'éthylène glycol compliqué de troubles neurologique, d'insuffisance rénale et d'acidose métabolique sévère. **Observation :** Patient âgé de 14 ans, aux antécédents de troubles psychiatriques mal suivies, admis en réanimation pour coma toxique, suite à l'ingestion d'une quantité non précisée d'huile de frein de voiture, nécessitant le recours à la ventilation mécanique. Le bilan biologique a objectivé une insuffisance rénale aiguë, une acidose métabolique organique, une hyperkaliémie, une hyperglycémie et une hypocalcémie. Le bilan toxicologique a montré un dosage d'éthylène glycol positif, ainsi que la recherche de cristaux d'oxalate de calcium dans les urines. Le patient a eu un lavage gastrique qui a ramené le produit ingéré. Il a reçu une perfusion massive de sérum physiologique et de bicarbonate sans correction des perturbations métaboliques avec installation d'une oligo anurie. Une séance d'hémodialyse a été indiquée en urgence. Un traitement antidotique (fomépipazole ou éthanol) n'a pas été administré. L'évolution a été marquée par la reprise de la diurèse, la correction de l'acidose et de l'hyperkaliémie. Toutefois, il a gardé une fonction rénale altérée. A l'arrêt de la sédation, le patient se réveille. Il a été sevré et extubé avec bonne tolérance hémodynamique et respiratoire. **Conclusion :** L'acidose métabolique par accumulation

d'acide glycolique et les dépôts des cristaux d'oxalate de calcium sont responsables du tableau clinique d'intoxication aiguë par l'éthylène glycol. Le délai de prise en charge représente un élément pronostic important.

P129. COMA TOXIQUE : ETUDE DES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES.

Y. AMMAR, C. B SALAH, M. B HADJ ALI, F*. B DAHMENE, N. MTAOUA, N. RIDENE, B. MEFTTEH, M. MEKKI, A. SAYHI, E. RBIA, I. SKOURI, S. DRIDI, A. SELMENE, O. BEDIS, M.A. NSIB, A. KHELIL.

SERVICE DES URGENCES, *SERVICE DE MEDECINE INTERNE HOPITAL MAAMOURI NABEUL.

Introduction : L'intoxication aiguë (IA) est un problème majeur de santé publique. Les données épidémiologiques se rapportant à ce sujet sont peu nombreuses en Tunisie. Les complications de ces IA secondaire à une tentative de suicide ou à une intoxication involontaire sont multiples à la phase initiale. **Le but de notre travail** : est d'étudier des données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des comas toxiques admis à la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV). **Patients et méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur 18 mois (1^{er} Janvier 2012 au 30 Juin 2013), portant sur 34 patients comateux admis à la salle de déchoquage suite à une intoxication aiguë volontaire. **Résultats** : L'âge moyen est de 29,61±18,5 ans, avec prédominance féminine (SR=2,1). 23,5% de nos patients sont suivis en psychiatrie, et 14,7% des cas ont des antécédents d'IA. Il s'agit d'une tentative de suicide dans 91,2%. L'étude des toxiques en cause montre que les pesticides représentent la cause la plus fréquente 67,6% des cas (chloralose 65,2%), suivis par les médicaments 20,6% (psychotropes 57,1%), le monoxyde de carbone 8,8% et l'alcool 2,9%. A l'admission, les signes les plus fréquemment rencontrés étaient : une altération de l'état de conscience (97,1%), modification du diamètre des pupilles (55,9%) et un état de choc (14,7%). On a eu recours à une ventilation mécanique pour tous nos patients, à un remplissage vasculaire chez 11,8% des patients, un lavage gastrique dans 20,6% des cas, l'administration des drogues vasoactives dans 14,7% des cas et un traitement étiologique dans 35,9% des cas. 79,4% des patients ont été hospitalisés en réanimation. 14,7% ont été admis à la SAUV sortant avec une lettre à la consultation externe de psychiatrie. On a déploré dans notre série deux décès (5,6%). **Conclusion** : L'intoxication aiguë compliquée d'un coma est un problème majeur, sa prise en charge doit être rationnelle et standardisée afin d'éviter les complications et améliorer le pronostic.

P130. EVOLUTION DES MORTS TOXIQUES AU NORD DE LA TUNISIE

M. ZAAFRANE, Y. CHKIRBENE, W. THELJEoui, A. BANASSER, M. ZHIOUA, A. BENZARTI, M. HAMDOUN. SERVICE DE MEDECINE LEGALE. HCN

Problématique : La mort par empoisonnement, qu'elle soit accidentelle, suicidaire ou criminelle, est une mort dite violente. Ceci impose systématiquement l'engagement d'une procédure d'enquête judiciaire, qui pourrait nécessiter des investigations médico-légales (levée de corps, examen externe du cadavre, autopsie, prélèvements et dosages toxicologiques). **But** : Les objectifs de notre travail étaient d'analyser les aspects évolutifs épidémiologiques et étiologiques des morts toxiques au Nord de la Tunisie, d'étudier les formes médico-légales de la mort toxique et de ressortir les insuffisances dans la prise en charge médico-légale des cas de mort toxique. **Méthodes** : Nous avons mené une étude comparative des décès par intoxication, colligés au service de médecine légale de Tunis durant trois périodes d'étude. La première période s'étend de janvier 1976 à décembre 1986, la deuxième de janvier 1999 à décembre 2003 et la troisième, de janvier 2007 à décembre 2010. **Résultats** : Nous avons observé une diminution du pourcentage des morts toxiques par rapport à l'ensemble de l'activité thanatologique passant de 10% (1^{ère} étude), à 3,34% (2^{ème} étude) et à 4,33% (3^{ème} étude). Une légère prédominance masculine a été observée dans les trois études avec un âge moyen semblable entre 33 et 35 ans. Nous avons noté une augmentation de l'intoxication accidentelle passant de 37% dans la première période à 58% dans la seconde, avant d'atteindre 64% dans la tierce avec une régression de

l'intoxication volontaire de 59% (1976-86) à 36% (2007-2010). Le monoxyde de carbone est devenu le toxique le plus incriminé. Une diminution du nombre de morts toxiques par les produits agricoles a été observée. La mortalité par intoxication aiguë médicamenteuse a nettement augmentée passant de 4% (1976-85) à 16,5% (2007-2010) de l'ensemble des morts toxiques. Plusieurs insuffisances ont été relevées qui concerne notamment le temps d'analyse qui est trop long et les matrices biologiques utilisées. **Conclusion** : L'amélioration des techniques d'analyse toxicologique et la collaboration étroite entre les différents acteurs impliqués dans la détermination de la cause du décès, en cas de suspicion de mort toxique est obligatoire pour améliorer la prise en charge médico-légale de ces cas.

P131. L'INTOXICATION A LA PARAPHENYLENE-DIAMINE (PPD) A PROPOS D'UN CAS D'UNE FORME FRUSTE SUITE A UNE TENTATIVE D'HOMICIDE

L. BEN ALAYA NAGUEZ, M. HAMDY, M. YAHYA

Introduction: Les intoxications constituent un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation. L'intoxication à la paraphénylène-diamine peu connue en occident, elle est assez fréquente en nord Afrique et en moyen orient dans un but d'autolyse. Le tableau est dominé par un œdème cervico-facial entraînant un syndrome asphyxique, une rhabdomyolyse avec atteinte rénale. **Observation** : Mr A.B âgé de 69 ans sans antécédents particuliers amené par sa famille pour altération brutale de la conscience. L'examen montre un score de Glasgow à 12/15, état hémodynamique stable, saturation à l'oxygène à 90% sous 3 litres d'oxygène, pas de déficit moteur, GAD à 1,20g /L, urines noirâtre, œdème sous lingual. ECG pas de troubles du rythme ni de la repolarisation. Radiographie du thorax normale tomodensitométrie cérébrale normale. A la biologie créatinine phosphokinase à 6248, LDH 1614, créatinine 87 μ mol. Le diagnostic d'intoxication à la paraphénylène-diamine était évoqué devant le tableau brutal, l'œdème bucco-pharyngé avec hypoxie, la rhabdomyolyse clinique et biologique. Le patient était hospitalisé en réanimation, oxygénothérapie avec surveillance armée de l'état respiratoire, diurèse alcaline forcée par sérum bicarbonaté et mannitol. L'évolution était marquée par la régression de l'œdème bucco-pharyngé, l'amélioration de l'état respiratoire et la diminution des taux de CPK, LDH. Des prélèvements toxicologiques sur échantillon d'urines sont revenus positifs au paraphénylène-diamine à des seuils significatifs. **Commentaires** : Il s'agit d'une forme légère non déclarée à des fins criminelles à la quelle il faut penser devant un tableau d'œdème cervico-fascial, des urines foncées avec rhabdomyolyse. La mortalité lourde ne peut être surmontée que par une prise en charge rapide et une prévention par des mesures de sensibilisation, d'éducation et d'interdiction de la vente de ce produit.

P132. PANCREATITE AIGUE MEDICAMENTEUSE : A PROPOS DE 10 CAS

A. BELHADJ, H. MAGHREBI, A. HADDAD, A. SAIDANI, A. DAGHFOUS, S. AYADI, A. MAKNI, W. REBAI, R. KSANTINI, F. FETERICHE, F. CHEBBI, A. AMMOUS, M. JOUINI, M. KACEM, Z. BEN SAFTA. SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A. HOPITAL LA RABTA

Introduction : La pancréatite aiguë est une affection grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital. En Tunisie l'étiologie lithiasique est la plus fréquente. La pancréatite aiguë médicamenteuse représente environ 2% des pancréatites aiguës. Son incidence est actuellement en augmentation avec plus de 260 médicaments incriminés. L'évolution est souvent, bénigne mais de rares cas de décès ont été rapportés. **Le but de ce travail** : est de rappeler les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques et de prise en charge des pancréatites aiguës médicamenteuses à travers l'étude de 10 observations.

Observations : Nous rapportons le cas de 10 malades hospitalisés au service de chirurgie générale A de l'hôpital La Rabta pour pancréatite aiguë. La présentation clinique de la PA était souvent non univoque. Les lipasémies étaient supérieures à 3 x N. Pour chaque malade 2 échographies abdominales ont infirmé la présence de lithiase vésiculaire. Le bilan phosphocalcique et lipidique étaient corrects pour tous les malades. Le score de Ranson

variait de 0 à 3. Nous avons recensé 5 cas de pancréatites oedémateuses et 5 cas de pancréatites nécrotico hémorragiques. Les médicaments incriminés étaient : l'IMMUREL pour 2 malades, le chlorothiazide, l'allopurinol, le Glivec pour les PA oedémateuses et le Lannate, le valproate de sodium, le furosémide, le méthyl dopa et l'association triaméterene-méthylchlorothiazide pour les pancréatites aiguës nécrotico-hémorragiques. Aucun malade n'a présenté une suppuration des coulées de nécrose pancréatique. L'évolution était favorable pour tous les malades. **Conclusion** : La pancréatite médicamenteuse est une entité actuellement bien reconnue et représente 2% des cas de pancréatite aiguë. Les antimétabolites restent les médicaments les plus pourvoyeurs de pancréatototoxicité. Le diagnostic de pancréatite médicamenteuse reste cependant un diagnostic différentiel sous nous cieux là il faut toujours éliminer d'abord l'étiologie lithiasique. Il est cependant du devoir de chaque professionnel de la santé de déclarer à un centre de pharmacovigilance toute suspicion de pancréatite médicamenteuse.

P133. INTOXICATION AIGUË A LA CYPROHEPTADINE : A PROPOS DE 2 CAS.

H. BEN GHEZALA, MF. ABBÉS, K. BEN TAHER, M. KADDOUR, I. BEN CHEIKH. SERVICE UNIVERSITAIRE DES URGENCES ET DE SOINS INTENSIFS. HOPITAL REGIONAL DE ZAGHOUAN.

Introduction : La cyprohéptadine est un antihistaminique de première génération H1 avec des effets anticholinergiques, anti sérotoninergiques et sédatifs. Elle est prescrite habituellement à la dose de 4 à 20 mg par jour et est utilisée essentiellement comme antiallergique. Peu de données sur l'intoxication aiguë à la cyprohéptadine existent. Nous rapportons deux observations d'intoxication aiguë à la cyprohéptadine dans un contexte suicidaire avec les données cliniques, thérapeutiques et évolutives. **Observations** : La première patiente est âgée de 19 ans, sans antécédents. Elle a ingéré 40 mg de cyprohéptadine dans un but d'autolyse suite à un conflit affectif. Elle a été ramenée par sa famille aux urgences à H1 de l'ingestion. Les principaux signes digestifs observés étaient : épigastalgies, nausées et vomissements. Elle a présenté également une agitation extrême qui a nécessité sa contention. L'ECG a noté une tachycardie sinusale. Elle a été admise en réanimation où elle a présenté une crise convulsive tonico-clonique généralisée qui a cédé sous diazépam. L'évolution ultérieure est favorable au bout de 4 jours d'hospitalisation. La deuxième patiente, âgée de 25 ans, cousine de la première, a été prise en charge en réanimation suite à l'ingestion volontaire de 24 mg de cyprohéptadine une semaine après sa cousine. La symptomatologie clinique était essentiellement faite d'agitation et d'hallucinations. L'agitation extrême chez cette patiente a nécessité le recours au diazépam. L'évolution était également favorable au bout de 48 heures d'hospitalisation. Les deux patientes ont été prises en charge par la suite en psychiatrie. **Conclusion** : Le toxidrome observé lors de l'intoxication aiguë à la cyproheptadine est anticholinergique. Les signes neurologiques et digestifs dominent le tableau clinique. A côté du traitement épurateur digestif habituel, l'essentiel de la prise en charge est symptomatique. C'est une intoxication potentiellement grave avec des complications neurologiques redoutables et difficiles à prendre en charge.

P134. FORME RARE D'INTOXICATION A L'ABAMECTINE (VERTIMEC) : A PROPOS D UN CAS.

H. GHADHOUNE, N. BACCOUCH, N. BEN ALGIA, R. AMMAR, K. CHTARA, A. CHAARI, C. BEN HAMIDA, M. BAHLOUL, H. CHELLY, M. BOUAJIZ. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU HABIB BOURGUIBA. SFAX

Introduction : L'abamectine est un produit utilisé en agriculture pour ses propriétés acaricides et insecticides. Il est neurotoxique, il agit en stimulant l'acide aminobutyrique neurotransmetteur inhibiteur GABA ergique responsable de l'arrêt de la transmission nerveuse. Des cas d'intoxication humaine ont été exceptionnellement rapportés avec comme symptomatologie clinique d'intoxication aigue une mydriase, une ataxie et un tremblement. Des cas de coma et d'hypotension ont été rapportés pour des doses supérieures à 100 mg/kg. **Observation** : Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 6 ans admis au service de réanimation dans un tableau d'altération de l'état de conscience dans un contexte d'apyrexie sans notion de traumatisme. L'examen clinique a objectivé un patient comateux avec un GCS à 8/15, en mydriase bilatérale, sans signes de localisation, une TA à 103/60mmHg, une FC à 72bpm et une SpO2 à 100% en air ambiant. Le reste de l'examen est sans particularités. A la biologie, on note une insuffisance rénale aigue avec une urée à 9,6 mmol/l et une créatininémie à 126 µmol/l, un TP spontanément bas à 48% sans autre anomalie du bilan hépatique ou du bilan d'hémostase et une anémie hypochrome microcytaire à 7,6 g/dl. Devant ce tableau, le patient a nécessité le recours à la ventilation mécanique avec correction des troubles hydro-électrolytiques. Aucun traitement antidotique n'a été administré. Dans le cadre du bilan étiologique, une TDM cérébrale ainsi qu'une ponction lombaire n'ont montré aucune anomalie. L'activité cholinestérasique a été normale à 7756. Le diagnostic de coma toxique a été retenu après 24 heures de l'admission ; la famille a ramené le produit ingéré (probablement d'une façon accidentelle), il s'agit du Vertimec.. il s'agit d'un pesticide à base d'abamectine. L'évolution a été marquée par le réveil progressif du patient après 48 heures et sevrage de la ventilation mécanique permettant son extubation à J4 d'hospitalisation. Par ailleurs, le patient a gardé un TP bas et une anémie persistante. **Commentaire**: Le coma au cours de l'intoxication à l'abamectine a été rapporté pour des doses >100mg/kg. Vu le jeune âge chez notre patient et son faible poids, la dose toxique a été probablement atteinte. Les anomalies biologiques observées chez ce patient à savoir l'insuffisance rénale, l'anémie et un TP bas n'ont jamais été décrites auparavant. **Conclusion** : A notre connaissance, il s'agit du premier cas décrit dans la littérature de forme grave d'intoxication à l'abamectine chez l'enfant. Les anomalies biologiques décrites au cours de cette observation pourraient être en rapport avec une toxicité directe du produit ingéré.

P135. INTOXICATIONS DANS LE CENTRE TUNISIEN : BILAN RECENT DU CENTRE ANTI POISON DE SOUSSE.

W. THALJAWI, M. JEDIDI, N.BEN MANSOUR, A.AMMAR, M.K SOUGUIR, M. BEN DHIAB
SERVICE DE MEDECINE LEGALE-CENTRE ANTI-POISONS, CHU FARHAT HACHED
SOUSSE-TUNISIE.

Introduction : Le centre antipoison (CAP) de Sousse assure la réponse téléphonique aux appels urgents concernant des intoxications survenues essentiellement dans le centre tunisien (Sousse, Kairouan, Monastir, Mahdia, sidi Bouzid...). Les toxiques sont divers et les circonstances sont variées. **Matériels et méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les 292 intoxications colligées par le CAP de Sousse entre le mois de janvier 2011 et décembre 2012. **Résultats** : Une légère prédominance féminine (53%) a été notée. L'âge moyen des sujets intoxiqués est de 16,71 ans avec des extrêmes allant de 4j à 65 ans. La tranche d'âge la plus concernée était [4], 12 ans [(39%) suivie par la tranche d'âge [12ans, 20ans] puis la tranche d'âge [20ans, 65 ans] représentant respectivement 32 % et 29%. Concernant les toxiques responsables, les médicaments ont prédominé (43,83%) suivis de loin par les pesticides (13,69%), les produits industriels et agricoles (11,64%), les produits à

usage domestique (5.93%), les envenimations (4.11%) et, en dernier lieu, les plantes (3.08%) Les demandeurs d'aide téléphoniques étaient, dans 92%, des médecins. **Conclusion** : Le CAP offre une réponse rapide aidant à la prise en charge des intoxications mais, contrairement aux médecins, la population générale a rarement recours à ses services ce qui justifie une médiatisation de son rôle et un renforcement de ses actions préventives.

P136. INTOXICATION PAR LE METHERGIN CHEZ LES NOUVEAU-NES.

W.THALJAOUI, N. BEN MANSSOUR, S. HCINI, M. JEDIDI, M.K SOUGUIR, M. BEN DHIAB
SERVICE DE MEDECINE LEGALE-CENTRE ANTI-POISONS, CHU FARHAT HACHED
SOUSSE-TUNISIE.

Objectif : Il s'agit d'étudier l'effet de l'intoxication chez les nouveau-nés par le Méthergin (Méthylergométrine), le traitement de l'atonie et des hémorragies utérines survenant pendant et après la délivrance et de la subinvolution utérine et qui a été retiré récemment du marché italien en raison des cas d'intoxication. **Méthodes**: Il s'agit d'une étude descriptive d'intoxication par du Méthergin chez une fille de 06 jours ; qui avait reçu par erreur la solution (gouttes) du Méthergin en lieu de la vitamine K (gouttes); comportant l'étude des signes cliniques et l'évolution ultérieure. **Résultats** : Les vomissements étaient les premiers signes apparus et l'examen initial fait 02 h après avait montré une élévation modérée de la tension artérielle. Le conseil téléphonique délivré était de faire un lavage gastrique, d'administrer du charbon activé et une surveillance clinique avec monitoring cardiovasculaire et respiratoire. Le bilan biologique était normal ainsi que l'ECG. L'évolution clinique était favorable avec régression des signes cliniques et sortie de la patiente après 12h de surveillance. L'exposition des nouveau-nés à la Méthergin (erreur de médication ou utilisation erronée) peut conduire à : de la vasoconstriction, de la somnolence, des crampes, de l'insuffisance rénale ou de l'insuffisance respiratoire. Il a également été rapporté des cas ayant conduit au décès en absence d'un traitement adéquat. **Conclusion** : La présentation gouttes a été retirée du marché italien en décembre 2012 devant des cas de nouveau-nés, pour la plupart en dessous d'un mois, auxquels il a été administré par erreur de la solution (gouttes) de Méthergin .En Tunisie elle est encore commercialisée ; Il faut bien expliquer aux mamans le risque d'intoxication en attendant le retrait du marché Tunisien.

P137. INTOXICATION MORTELLE PAR LE GLYPHOSATE -A PROPOS D'UN CAS-

W .THALJAWI, M. ZAAFRANE, Y. CHKIRBENE, M. SHIMI, F. GLOULOU, M. BEN KHELIL, M. ALLOUCHE, M. HAMDOUN. Université de Tunis el Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital Charles Nicolle, Service de Médecine Légale, Tunis-Tunisie. **Objectif** : Il s'agit d'étudier l'effet de l'intoxication par le glyphosate (N-(phosphonométhyl) glycine, C₃H₈NO₅P), un herbicide non sélectif absorbé par les feuilles et ayant une action généralisée. **Méthodes** : Il s'agit d'une étude descriptive d'une intoxication mortelle par le glyphosate chez un homme autopsié dans le département de médecine légale de l'hôpital Charles Nicolle. Nous allons également faire une revue de la littérature concernant ce type d'intoxication. **Résultats** : Il s'agit d'un homme âgé de 36 ans, agriculteur, amenait à l'urgence par sa famille. L'examen initial à l'urgence avait trouvé un patient dans le coma (GCS = 3) avec un tableau de défaillance multiviscérale cardiaque, pulmonaire et rénale. Les analyses biologiques ont montré une insuffisance hépatique et rénale. La mort est survenue rapidement, deux heures après l'admission. L'examen externe nous a permis de constater la présence de coulées de sang par la bouche associé à un syndrome asphyxie. Au moment de l'autopsie, nous avons été impressionnés par l'importance du syndrome hémorragique au niveau de la muqueuse gastrique et les intestins qui étaient perforés par endroits. Etant

donné la manque de spécificité de ces manifestations , l'analyse toxicologique de sang et d urine a établi le diagnostic en montrant la présence de glyphosate à un taux de 4 mg/l. Principe actif de nombreux herbicides commercialisés dans le monde entier, Le glyphosate est un herbicide systémique non sélectif employé pour la destruction des mauvaises herbes vivaces. C'est l'herbicide le plus utilisé dans le monde par les agriculteurs, les collectivités et les particuliers. Il existe plus de 400 préparations à base de glyphosate dont la plus connue est le ROUNDUP. Il agit en inhibant la voie métabolique d acide shikimique qui participe à la synthèse de la chlorophylle. Il est fréquemment associé à un agent tensioactif dont le rôle est d améliorer la pénétrance dans les plantes. Cet agent tensioactif a une toxicité spécifique. Il est responsable d'une irritation de tube digestif dose dépendante qui associé à la toxicité propre de l'agent tensioactif peut être responsable d'un état de défaillance multiviscérale rapidement mortel. **Conclusion** : L'intoxication au glyphosate, bénigne généralement, peut être aux conséquences néfastes .La prise en charge nécessite une connaissance parfaite de ses propriétés toxicologiques ainsi qu'une intervention urgente.

P138. PARTICULARITES CLINIQUES, TOXICOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES DES INTOXICATIONS AIGÜES AU VALPROATE DE SODIUM.

S. HABACHA (1), H. ELGHORD (1), A. M RAD (1), Y. BLEL (1), K. MEDDEB (1), M. MARZOUK (1), I. SEDGHIANI (1), A. MABROUKI (1), I. FATHALLAH (1), A. KAROUI (2), N. KOURAICHI (1), H. THABET (2), N. BRAHMI (1), M. AMAMOU (1)

(1)SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE ET DE TOXICOLOGIE DU CAMU.

(2) SERVICE DES URGENCIÉS DU CAMU.

Introduction: Le valproate de sodium (VPS) est un antiépileptique largement prescrit pour son efficacité et son innocuité relative par rapport à d'autres antiépileptiques. Par ailleurs, cette molécule est de plus en plus utilisée dans le traitement des troubles bipolaires en substitution au lithium. Cet élargissement des indications est à l'origine d'une nette augmentation du nombre des intoxications aiguës dans le monde entier et notamment dans notre pays. **Buts:** Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'intoxication aiguë au VPS. Déterminer les différences cliniques, toxicologiques et thérapeutiques entre les patients traités par le VPS au long cours par rapport aux autres patients. **Patients et méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 12 ans et 9 mois, de janvier 2001 à septembre 2013 réalisée dans le service de réanimation médicale de CAMU Nous avons inclus tous les patients admis pour intoxication aiguë au VPS. Les malades hospitalisés pour intoxication pluri-médicamenteuse étaient exclus de l'étude. Nous avons colligé les données épidémiologiques, cliniques et toxicologiques relatives à chaque malade tout en comparant les patients traités au long cours par le VPS (groupe traitement chronique) aux autres patients (groupe prise unique). Nous avons retenu le seuil de Glasgow Scale Score (GCS) ≤ 11 rapporté par Adent et al (1,2) comme un facteur de risque de pneumopathie d inhalation. **Résultats:** Parmi 126 patients qui répondaient aux critères d'inclusion, uniquement 77 patients étaient retenus; 15 hommes et 62 femmes (sex-ratio=0,24). La médiane d'âge était à 21 ans [18,33]. Le recours à la ventilation mécanique (VM) était indiqué chez 25% des patients (n=19). La durée moyenne de cette VM était de 2,6 \pm 2 jours et la durée moyenne d'hospitalisation était de 3 \pm 2 jours. Le groupe traitement chronique comportait 48 patients et le groupe prise unique 29 patients. La différence n'était pas statistiquement significative en termes de sexe, d'âge, du bilan hépatique, des gaz du sang, du recours à la VM, de durée moyenne de cette VM et de la durée moyenne de séjour. La dépakinémie était significativement plus élevée dans le groupe traitement chronique

(360±130 mg/l) par rapport au groupe prise unique aiguë (190±120 mg/l). En considérant un GCS ≤11, la valeur seuil de la dépakinémie était de 295 mg/l avec une sensibilité de 70% et une spécificité de 87% dans le groupe traitement chronique et de 158 mg/l avec une sensibilité de 67% et une spécificité de 65%. **Conclusion:** A des taux sanguins statistiquement moindres, le VPS induit le même impact sur l'état neurologique lors des prises accidentelles que chez les patients traités au long cours; ce qui témoigne d'une tolérance des intoxications aiguës au cours des traitements au long cours nettement au delà des seuils toxiques.

P139. INTOXICATION MORTELLE AUX BILLES DE NAPHTALENE

A. AJINA, A. GAALLOUL, N. BEJAOUI, M. BEN ALI, H. CHEMCHIK, MS. NAKHLI, R. SAID. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION. CHU SAHLOUL. SOUSSE

Introduction: Le naphthalène (billes anti mites) est un solide cristallisé à odeur caractéristique. Il est produit à partir de goudron de houille ou de pétrole. L'intoxication au naphthalène est souvent chronique et se voit surtout en milieu professionnel. Cependant l'ingestion de dose massive est très rare. Nous rapportons le cas d'une intoxication fatale par les boules de naphthalène. **Observation:** Nous rapportons le cas d'une jeune de 22 ans sans antécédents pathologiques notables admise en réanimation à la suite d'une autolyse par ingestion de billes de naphthalène. L'examen a objectivé une pâleur cutanéomuqueuse généralisée avec un état de conscience conservé initialement, un collapsus cardio-vasculaire et froideur des extrémités. La biologie a montré une insuffisance hépatique, une anémie hémolytique profonde (Hb à 6,9 g/dl), une acidose métabolique sévère, des troponines élevées et une insuffisance rénale aiguë. L'ECG montrait des QRS large. La méthémoglobinémie était > à 1%. La conduite était une assistance ventilatoire devant l'altération de l'état de conscience, un support vasoactif par noradrénaline, une perfusion du bleu de méthylène à 1% avec de la vitamine C et une transfusion sanguine. L'évolution était rapidement défavorable en moins de 24 heures. **Discussion :** Le naphthalène ou billes anti mites est disponible partout dans le monde, et il est accessible pour tous. Cependant il n'est pas habituel de le voir dans l'arsenal toxique des patients suicidaires. Dans la littérature il n'existe que quelques cas d'intoxication aiguë au naphthalène. Chez l'homme, l'absorption du naphthalène a été très peu étudiée. Compte tenu des effets observés lors de l'exposition, il a été admis que le naphthalène pouvait être absorbé à travers le tractus gastro-intestinal, le tractus respiratoire et la peau et se distribue dans les tissus graisseux. Pour la voie orale il n'y a que quelques cas de décès rapportés après ingestion de boules d'antimite contenant du naphthalène. Le tableau clinique est fait par des troubles digestifs, parfois un ictère, une hémolyse souvent réfractaire, une méthémoglobinémie, et des défaillances hépato-rénales avec défaillance multi viscérale. Le traitement se base essentiellement sur le bleu de méthylène intra veineux, l'acide ascorbique ainsi que l'épuration extra rénale.

P140. INTOXICATION AUX PLANTES SAUVAGES : A PROPOS DE 43 CAS

H. EL GHORD, I. FATHALLAH, A. MRAD, I. SEDGHIENI, Y. BLEL, N. KOURAICHI, N. BRAHMI, M. AMAMOU. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CAMU

Introduction : Les intoxications par les plantes concernent principalement le jeune enfant. Chez l'adulte ces intoxications sont rares et sont le plus souvent en rapport avec un geste suicidaire, une confusion avec une plante comestible au moment de la cueillette ou une consommation de plantes à visée « thérapeutique » ou addictive. Ces intoxications peuvent être graves avec, parfois, un pronostic vital engagé. **Matériel et méthode :** Nous avons colligé tous les patients hospitalisés au service de réanimation du CAMU pour intoxication

par les plantes durant la période allant de janvier 2006 à juin 2013. Résultat: Nous avons colligé 43 patients dont trois enfants. L'âge moyen de nos patients était de 38 ans avec 20 hommes et 23 femmes. L'intoxication était accidentelle dans 90% des cas. Les alcaloïdes étaient en chef de liste des plantes (15 patients) suivie par les champignons. Les signes digestifs étaient présents chez tous nos patients. Pour l'intoxication aux alcaloïdes tous les patients ont présenté un syndrome anti cholinergique fait par une agitation, une confusion, une tachycardie et une mydriase. Quatre patients ont présenté une déshydratation. Deux patients ont présenté des signes électriques (intoxication par le Laurier rose). Un patient a présenté une insuffisance hépatique (intoxication aux champignons). Trois patients seulement ont eu un lavage gastrique, le charbon activé était prescrit dans 5 cas (12%). Un traitement antidotique à base de N Acétyl cystéine a été prescrit chez 4 de nos patients. Le Légalon a été prescrit chez 3 patients, la Peni G chez 2 patients. Une patiente a présenté une pancréatite biologique. Un seul patient est décédé dans un tableau d'insuffisance hépatique (4 patients sont sortis contre avis médical). **Conclusion** : L'ingestion des plantes comme produits de la pharmacopée traditionnelle ou en tant que produits alimentaire reste assez fréquent sous nos cieux. Une sensibilisation aux dangers de certaines plantes s'avère nécessaire.

P141. INTOXICATION AU GAZ LACRYMOGENE, UN NOUVEAU MOTIF DE CONSULTATION.

I. FATHALLAH, Y. BLEL, I. SEDGHIANI, A. M'HAMDI, A. KAROU, A. MANAI, K. TURKI, N. JAOUA, N. BRAHMI, H. THABET. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CAMU

Introduction : Le gaz lacrymogène est un composé chimique qui provoque une irritation des voies respiratoires et oculaire. C'est une substance choisie pour sa faible toxicité. Il produit rapidement une irritation des voies aériennes et oculaire incapacitante qui disparaît après la fin de l'exposition. En Tunisie, et après la révolution, l'utilisation des gaz neutralisants par les autorités lors des manifestations ou par les particuliers lors des actes de violence est de plus en plus fréquente. Le but de notre travail est d'étudier le tableau clinique de ce type d'intoxication. **Patients et méthodes** : Nous avons mené une étude rétrospective, incluant tous les patients qui ont consulté nos urgences pour exposition aux gaz lacrymogènes, Durant la période entre Décembre 2010 à juin 2013. **Résultats** : Durant la période d'étude nous avons colligé 16 patients dont L'âge moyen était de 31 ans. 56% des patients étaient de sexe féminin. 25% de nos patients ont consulté dans la période de la révolution Tunisienne (décembre 2010-mars 2011). Le gaz lacrymogène était utilisé par les autorités dans 31% des cas. 5 patients ont présenté une polypnée. L'auscultation pulmonaire a trouvé des râles sibilants dans 31% des cas. Tous nos patients ont présentés des larmoiements, 4 patients seulement ont présenté une rougeur oculaire. Une seule patiente a présenté des manifestations digestives. 10 patients ont bénéficié d'une oxygénothérapie, 6 ont été mis sous bronchodilatateur. L'évolution était favorable chez tous nos patients, aucun patient n'a été hospitalisé et aucun décès n'a été noté. **Conclusion** : Le gaz lacrymogène est généralement bien toléré malgré le tableau clinique varié. Des complications graves ont été décrites dans la littérature. Une prise en charge surtout préventive doit être instaurée.

P142. ARANEISME : A PROPOS DE 15 CAS

H. EL GHORD, I. FATHALLAH, A. MRAD, I. SEDGHIENI, Y. BLEL, N. KOURAICHI, N. BRAHMI, M. AMAMOU. . SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CAMU

Introduction: Les araignées sont des arthropodes venimeux répandus sur toute la surface du globe terrestre, dont les morsures chez l'homme mettent très rarement en jeu le pronostic

vital. L'aranéisme nécrosant est assez fréquent, habituellement bénin, mais les nécroses peuvent parfois être étendues et surtout se compliquer. **Matériel et méthode** : Nous avons colligé tous les patients hospitalisés dans notre service pour morsure d'araignée pendant la période allant de janvier 2009 à juin 2013. **Résultat**: Nous avons colligé 15 patients, 7 hommes et 8 femmes, dont l'âge moyen était de 36 ans. Le siège de la morsure était le membre supérieur dans 33% des cas, la face chez 2 patients. La douleur était présente dans 100% des cas, 6 (40%) de nos patients étaient fébriles, un seul patient a présenté une instabilité hémodynamique. Aucun patient n'a présenté une réaction allergique ni des manifestations neurologiques ou digestives. L'examen local a montré la présence de nécrose cutanée dans 86% des cas, les signes inflammatoires (rougeur, œdème) étaient présents chez tous nos patients. A la biologie, une CRP élevée chez 6 patients, une hyperleucocytose dans 66% des cas, aucun patient n'a présenté une insuffisance rénale. Tous nos patients ont bénéficié des soins locaux, une antibiothérapie a été prescrite dans 73% des cas. Un seul patient était traité en bithérapie. Le sérum antitétanique a été administré chez 9 patients. L'évolution était favorable pour 12 patients (80%), trois de nos patients ont présenté une cellulite nécessitant un traitement chirurgical. **Conclusion** : Alors que les humains et les araignées se côtoient en permanence, les aranésismes sévères ou mortels sont exceptionnels. Chez les espèces d'araignée présentes en Tunisie, la fasciite nécrosante est la complication la plus redoutable. Une antibiothérapie prophylactique, des soins locaux doivent être instaurés pour éviter les complications.

P143. INTOXICATION AU PARAPHENYLENE DIAMINE COMPLIQUEE D'UN PRESYNDROME

H. GHADHOUNE, R. AMMAR, N. BEN ALGIA, N. BACCOUCH, K. CHTARA, A. CHAARI, C. BEN HAMIDA, M. BAHLOUL, H. CHELLY, M. BOUAZIZ. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU HABIB BOUGUIBA. SFAX

Introduction : L'intoxication au paraphénylène diamine est une intoxication grave pouvant être mortelle malgré les mesures thérapeutiques. L'intoxication volontaire dans le but d'autolyse est le mode le plus prépondérant. Le tableau clinique est dominé par la détresse respiratoire, un œdème cervico-facial à l'origine d'un syndrome asphyxique, une myocardite avec à la biologie une rhabdomyolyse majeure, une insuffisance rénale aiguë, et une cytolysé hépatique. L'atteinte neurologique est rarement, voire exceptionnellement rapportée. **Observation** : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 25 ans sans antécédent pathologique admise dans un tableau d'état de mal convulsif. L'histoire de la maladie est marquée par l'installation d'une faiblesse musculaire sans contexte de traumatisme. L'examen initial trouve une patiente apyrétique, asthénique, présentant une dysphagie aux solides et aux liquides, des myalgies diffuses spontanées et à la palpation. A la biologie on trouve une rhabdomyolyse à 4N, une cytolysé hépatique avec ASAT à 70N, ALAT à 23N, LDH à 100N, une insuffisance rénale, une hyperkaliémie, une hypocalcémie, une hyperphosphatémie, et une troponine positive avec à l'ECG des troubles de la repolarisation. L'évolution a été marquée par l'apparition d'une dyspnée inspiratoire suivie quelques heures après par l'apparition de céphalée, de phosphènes, de vomissements et de crises convulsives répétitives et prolongées sans signes de localisation nécessitant le recours à la ventilation mécanique. Dans le cadre du bilan étiologique, une origine infectieuse a été évoquée mais non retenue devant la négativité des explorations (PL, sérologies virales et des germes atypiques). Une TDM cérébrale a été sans anomalie. Le bilan a été complété par une IRM cérébrale qui a éliminé le diagnostic d'encéphalite, de thrombophlébite ou d'accident vasculaire mais qui a montré la présence d'hyper signaux en

flair et diffusion au niveau cortical à prédominance postérieure évoquant une leuco encéphalopathie postérieure réversible (PRES). L'évolution sous traitement symptomatique a été marquée par l'amélioration de l'état clinique de la patiente avec sevrage et extubation. Le diagnostic d'intoxication volontaire au paraphénylène diamine (PPD) a été retenu selon les avoués de la patiente. **Conclusion** : L'atteinte neurologique au cours de l'intoxication au paraphénylène diamine n'a jamais été rapportée dans la littérature à notre connaissance. Bien que les anomalies radiologiques puissent être rattachées à l'état de mal convulsif, une toxicité directe du PPD ne peut être éliminée.

P144. PREMIER CAS DE SURVIE APRES INGESTION D'UNE DOSE LETALE DE PHOSPHURE D'ALUMINIUM

S. HABACHA, Y. BLEL, A. M RAD, A. MABROUKI, K. MEDDEB, M. MARZOUK, I.SEDGHIANI, I. FATHALLAH, A. KAROUJ, H. ELGHORD, H. THABET, N. KOURAICHI, N. BRAHMI, M. AMAMOU. . SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CAMU

Introduction : Le phosphore d'aluminium (PAL) est un pesticide fumigant utilisé dans le stockage des céréales. L'intoxication aiguë au PAL est associée à une morbi-mortalité très élevée. En effet, la mortalité des intoxications par ingestion de phosphore d'aluminium dans notre service est de 100%. Nous rapportons dans ce travail les particularités cliniques et évolutives du premier cas d'ingestion volontaire d'une dose létale de PAL qui a survécu.

Observation clinique : Mlle B.H âgée de 20 ans a consulté nos urgences 3 heures après l'ingestion d'une pastille de phosphures d'aluminium dissoute dans un verre d'eau. La patiente a attendu l'effervescence du produit et le refroidissement du liquide avant de l'ingérer. Elle a présenté dès H1 des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales et des diarrhées, et une somnolence. L'examen clinique à H3 montre, une patiente eupnéique, GCS à 13/15, PA à 85/60, une FC à 98bat/min, sans signes périphériques de choc. L'hypotension a répondu rapidement à un remplissage par 1000 ml de cristalloïdes. A la biologie, elle avait une acidose métabolique (pH à 7,33, HCO₃-11mmol/l, PCO₂ 20mmHg, PO₂ 90 mm Hg, Lactates 10mmol/l, le trou anionique 29mmol/l), ASAT 40 UI/l, ALAT 30 UI/l. GB 9000 ele/mm³, Hb 14 g/dl, plaq 250.103/mm³. Le bilan de contrôle à J2 a montre une cytolysé hépatique (ASAT 120 UI/l, ALAT 130 UI/l) une pancytopenie : Hb 8,5g/dl, GB 1950 élé/mm³, PNN 902 élé/mm³ avec une lymphopénie à 300 élé/mm³ et une thrombopénie à 136000 plq/mm³, Le myélogramme a montré une moelle riche avec quelques cellules dysplasiques. L'évolution était marquée par l'amélioration progressive de l'état de conscience, la stabilisation de l'état hémodynamique sans avoir recours aux drogues vasoactives, et l'amélioration du bilan hépatique et de la pancytopenie au bout de 72h. Discussion La gravité de l'intoxication aux PAL paraît être en rapport direct avec le dégagement de la phosphine (gaz dégagé au contact du PAL avec l'eau) en intra digestif. Notre patiente a survécu grâce essentiellement au dégagement de ce gaz avant l'ingestion du liquide. **Conclusion** : L'intoxication aux phosphures d'aluminium est une intoxication grave en particulier quand la dissolution du produit ne se fait pas à l'air ambiant. L'atteinte multi-viscérale a déjà était décrite dans les intoxications sévères mais l'atteinte hématologique mérite d'être étudiée.

P145. HYPONATREMIE INDUITE PAR LA CARBAMAZEPINE: INCIDENCE ET FACTEURS DE RISQUES AU COURS DES INTOXICATIONS AIGUES.

M. MARZOUK, N. BRAHMI, A. M'RAD, N. KOURAICHI, Y. BLEL, I. SEDGHIANI, K. MEDDEB, S.HABACHA, H. EL GHORD, M. AMAMOU,

Introduction: L'hyponatrémie induite par la carbamazépine (CBZ) est une entité assez ancienne décrite depuis les années 70. La CBZ engendrerait une hyponatrémie en stimulant la libération de l'ADH par les cellules neurohypophysaires (SIADH). Généralement asymptomatique, sa fréquence varie entre 4,8% et 41,5% selon les études. Sa fréquence et ses facteurs de risque sont l'objet de notre étude. **Matériel et méthode :** Etude rétrospective incluant toutes les intoxications aiguës et pures à la CBZ hospitalisées au CAMU durant une période de 22 mois entre Janvier 2012 et Octobre 2013. L'hyponatrémie induite par la CBZ a été retenue après avoir éliminée les autres étiologies d'hyponatrémie. **Résultats :** Nous avons colligé quarante quatre malades d'âge moyen 31 ± 12 ans, de prédominance féminine (sex ratio 0,83). Les patients avaient un score IGSII moyen de $14,5 \pm 11,5$ et un APACHE II de $7,5 \pm 4,5$. Parmi eux, 68% (n=30) étaient sous CBZ au long cours ; pour des troubles psychiques dans 59% des cas (n=26) et pour épilepsie dans 9% des cas (n= 4). Une hyponatrémie à l'admission était objectivée chez 18,2 % des patients (n=8), avec une moyenne de 130 mmol/l. L'analyse univariée (Tableau 1) complétée par l'analyse multivariée (Tableau 2) a identifié deux facteurs indépendants prédictifs de survenue d'hyponatrémie au cours de l'intoxication aiguë par la CBZ : la prise au long cours de la CBZ (p=0,041 ; OR = 1,36 ; IC 95% [1,099 ; 1,692]) et la présence d'antécédents psychiatriques (p=0,036 ; OR = 1,4 ; IC95% [1,108 ;1,770]). **Conclusion :** La fréquence de l'hyponatrémie au cours de l'intoxication aiguë par la CBZ révélée par notre étude est de 18%. Sa survenue est significativement liée à la prise chronique de la CBZ (OR = 1,36) et à la présence d'antécédents psychiatriques (OR = 1,4).

P146. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES ET FACTEURS PRONOSTIQUES DES INTOXICATIONS AIGUES DU SUJET AGE

I. SEDGHIANI, Y. BLEL, A. MRAD, I. FATHALLAH, K. MEDDEB, S. HABACHA, M. MARZOUK, H. ELGHORD, N. KOURAICHI, H. THABET, N. BRAHMI, M. AMAMOU
SERVICES DE REANIMATION MEDICALE, CAMU.

Introduction : Les intoxications aiguës est un problème majeur de santé publique. Bien que ce problème touche moins de 5% des sujets de plus de 60 ans, ses conséquences en terme de morbi mortalité restent importantes. **Patients et méthode :** Etude rétrospective étalée sur 2 années (2011-2012), incluant tous les patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés au service de réanimation médicale du CAMU. **Résultats :** Nous avons colligé 43 patients d'âge moyen 72 ± 6 ans avec un sex-ratio=1,1. 11(25%) patients ont consulté les urgences du CAMU alors que les autres nous ont été transférés d'autres hôpitaux. 12 (28%) des patients avaient des antécédents psychiatriques. Les intoxications étaient accidentelles dans 26 cas (60%) et volontaires dans 17 cas (39%). La comparaison des intoxications volontaires vs involontaires est représentée dans le tableau suivant. La mortalité globale était de 4,7%.

	Intoxication accidentelle 26 (60%)	Intoxication volontaire 17(39%)	p
Age	74±7	70±5	0,03
H/F	0,73	2,4	0,06
Antécédent psychiatrique	2(7%)	10 (58%)	0,000
IGSII	23±9	33±13	0,008
APACHE II	5±6	11±7	0,02
GCS médian	15	8	0,001
Substance ingérée:			0,000
Psychotrope	1(3%)	8 (47%)	
pesticide	0%	9 (52%)	
CO	12 (46%)	0	

Cardiotrope	4 (15%)	0	
Ventilation mécanique	1(3%)	13 (76%)	0,000
Inhalation	3 (11%)	8 (47%)	0,02
PAVM	0	1(6%)	0,08
Durée de séjour	2 (1à12j)	4 (1-66 j)	0,07
Décès	1 (3%)	1 (6%)	1

Discussion: La mortalité des intoxications aiguës reste relativement faible et est moins de 3% dans plusieurs séries. Malgré une mortalité qui paraît faible, les intoxications des sujets âgés restent plus élevées que celle de la population générale. **Conclusion :** Les intoxications aiguës des sujets âgés sont surtout accidentelles. Les intoxications volontaires se voient surtout chez des malades suivis en psychiatrie. Les pesticides ainsi que les psychotropes sont les principales substances ingérées.

P147. TOXICOMANIE A L'INSULINE : A PROPOS D'UN CAS.

M. MARZOUK, N. KOURAICHI, Y. BLEL, A. MRAD, I. SEDGHIANI, S. HABACHA, K.MEDDEB, H. ELGHORD, H. THABET, N. BRAHMI, M. AMAMOU. . SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CAMU

Introduction : L'insuline est une hormone connue pour ses effets anabolisants, lipogéniques mais surtout hypoglycémiques. Des cas de dopage à l'insuline ont été rapportés depuis quelques années chez certains sportifs afin d'augmenter leur croissance musculaire et d'améliorer leur endurance. Mais ce qui est inédit et jamais décrit c'est la toxicomanie à l'insuline. Notre observation illustre cette nouvelle entité. **Observation :** Mr HA, âgé de 33 ans, sans antécédents pathologiques notables, admis une première fois en mai 2012 pour intoxication à l'insuline. Le malade s'est présenté dans un tableau de coma (GCS =06/15) avec sueurs profuses et tachycardie à 110 bpm. GAD aux urgences : 0,23 g/l. Il a bénéficié d'un resucrage en IV (G30%) suite auquel le malade a repris un état de conscience normal. IL a avoué que 18h avant son arrivée aux urgences, il s'est auto-injectait 1000 UI d'insuline semi lente (ISL) (2 ampoules) (traitement de sa mère) dans un but antalgique pour algie dentaire insupportable. Le malade est sorti à j4 après correction de ses chiffres glycémiques. Il sera ré-hospitalisé quatre mois après dans le même tableau, il s'est auto-injecté 18 UI d'IO pour le même but antalgique. Après deux jours d'hospitalisation, il sera adressé aux urgences psychiatriques. Malgré le suivi psychiatrique et les mesures préventives prises par ses parents pour mettre à l'abri l'insuline de sa mère, le malade trouvait chaque fois la solution pour le trouver et l'auto-injecter. IL a été hospitalisé à trois reprises en 2013 pour intoxication à l'insuline. Le malade arrivait chaque fois dans un tableau de coma hypoglycémique qui s'améliore rapidement après resucrage. Le diagnostic de toxicomanie à l'insuline a été avancé. Le malade a avoué qu'il cherche l'effet de l'hypoglycémie juste avant le coma à savoir le vertige, l'asthénie et l'obnubilation. **Conclusion :** La dépendance physique et psychique de notre malade à l'auto-injection d'insuline nous a permis de suggérer le diagnostic de toxicomanie à l'insuline, nouvelle entité jamais rapportée dans la littérature.

P148. INTOXICATION ALCOOLIQUE (ETHANOL) CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE 3 CAS

K. MESSAOUI, R. MUSTAPHA, K. AISSA, A. ALLEGUI, H. BACHROUCHE, K. MIRI, G. BEN SALEM, N. BEN KHALIFA, A.B. ABED. SERVICE DE PEDIATRIE ET DE NEONATOLOGIE, HOPITAL MOHAMED TLATLI DE NABEUL

L'intoxication à l'alcool représente un fléau social dans les pays européens, elle est de plus en plus fréquente dans notre pays surtout après la révolution. C'est une intoxication grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital pour des taux d'alcoolémie > 2g/l. Les auteurs rapportent 3 observations pédiatriques. Observation 1 : enfant de 6 ans ramené par la protection civile pour coma et difficulté respiratoires. A l'examen enfant comateux avec Glasgow : 7/15, hypoglycémie à 0.27g/dl. pas de lésions de violence ou d'abus sexuel. Radio thorax : pneumopathie d'inhalation, TDM cérébrale normale. Le malade a bénéficié d'une ventilation assistée en réanimation avec correction de l'hypoglycémie et réchauffement. L'alcoolémie était à 3g/l. Observation 2 : élève de 13 ans ramené pour dyspnée avec euphorie, à l'interrogatoire notion de consommation de 6 bières avec ses camarades. après 12h d'hospitalisation l'enfant est devenu conscient, calme et coopérant. Observation 3 : enfant de 3 ans ramené pour trouble de la conscience. L'examen objective une haleine éthylique et l'interrogatoire révèle la consommation de l'alcool (whisky) à domicile. L'évolution était favorable. A la lumière de ces 3 observations, les auteurs insistent sur la gravité de l'intoxication alcoolique chez l'enfant et l'importance d'une prise en charge rapide et d'une prévention primaire par l'éducation des parents et d'une prise en charge psychosociale.

P149. TOXICOLOGIE ET TRANSPLANTATION D'ORGANES A PROPOS DE 4 CAS

Y. CHKIRBENE, W. THALJEWI, M. ZAFRAANE, M. SHIMI, M. BEN KHLIL, F. GLOULOU, A. BENZARTI, M. HAMDOUN

SERVICE DE MEDECINE LEGALE. HOPITAL CHARLES NICOLLE

Introduction: L'état actuel de pénurie en organes humains impose la recherche de nouvelles stratégies de sélection de donneurs d'organes. Dans cet esprit, la sélection de donneurs parmi les victimes d'intoxication en état de mort encéphalique (EME), qualifiés de "marginiaux", reste encore une pratique peu évaluée. BUT: Les objectifs de notre travail sont d'étayer les difficultés du diagnostic de certitude de ME en cas d'intoxication, de décrire les critères d'évaluation de la qualité des greffons potentiels à partir des donneurs en EME décédés suite à une intoxication aiguë et d'énumérer certaines indications d'une greffe d'organes suite à une intoxication aiguë ayant entraîné une défaillance organique aiguë.

Méthodes: On a procédé à l'étude de quatre cas de personnes en EME, décédés suite à une intoxication aiguë, en vue de prélèvement multi organes déclarés à l'équipe de garde du SRA du nord-est du CNPTO entre le 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2010. **Résultats:** Ces déclarations ne représentent que 1,08% de l'ensemble des donneurs potentiels déclarés au CNPTO au cours de la période d'étude et elles n'ont abouti qu'à un seul prélèvement multi organes parmi les 49 prélèvements réalisés à partir de PEME au cours de la même période. Le diagnostic de ME n'a pas pu être confirmé dans la 1ère observation à cause de l'existence d'une imprégnation médicamenteuse et les procédures ont été arrêtées devant l'altération de la fonction rénale non expliquée par l'intoxication et en l'absence d'une preuve toxicologique. Dans le 2ème cas, il s'agit d'une intoxication aux carbamates insecticides ayant présenté à J3 un tableau clinique évoquant un EME confirmé par EEG réalisé après avoir éliminé les facteurs de confusion. Le prélèvement n'a pas été réalisé à cause du refus de la famille. La ME a été confirmée par EEG, réalisé à J5 en dehors des situations confondantes, dans le 3ème cas. Il s'agit d'une intoxication au "*Lepiota brunneoincarnata*" compliquée d'hépatite fulminante. On a renoncé à l'approche de la famille au sujet du don d'organes devant le contexte dramatique. Dans la 4ème observation, la ME a été constatée à J19 suite à une intoxication aux antidépresseurs tricycliques, confirmée par un EEG réalisé en dehors des facteurs de confusion. Le bilan biologique était sans anomalies, en particulier la fonction hépatique et rénale, ainsi que l'échographie abdomino-rénale. Il s'agit d'un sujet

ayant consenti de son vivant le don d'organes. Le prélèvement rénal et hépatique a été donc effectué ainsi que le prélèvement tissulaire. L'évolution des différentes greffes réalisées à partir de ce donneur était bonne avec une fonction rénale normale chez les deux greffés rénaux et un bon fonctionnement du greffon hépatique quatre ans après la transplantation.

Conclusion: Les résultats observés dans la 4ème observation ainsi que ceux retrouvés dans la littérature montrent que les intoxications aiguës ne doivent plus être considérées comme une contre-indication absolue au prélèvement d'organes.

THEME METABOLIQUE-NEPHROLOGIE

P150. ENCEPHALOPATHIE DE GAYET WERNICKE SECONDAIRE A UNE NUTRITION PARENTERALE

S*. KHEDHER, M*. HAJJI, M*. SALEM, L**. MOUELHI, K**. EL JERY, F**. HOUISSA, S**. BOUZAIDI, Y**. SAID, H**.MEKKI, R**.DEBBECHE, T**. NAJJAR. * UNITE DE SOINS INTENSIFS DIGESTIFS. ** SERVICE DE GASTROENTEROLOGIE-EPS C. NICOLLE-TUNIS

Introduction: L'encéphalopathie de Gayet Wernicke(EGW) est une encéphalopathie carencielle grave liée à un déficit en thiamine (vitamine B1) traduisant cliniquement la souffrance neuronale des régions méso diencephaliques, particulièrement riches en processus énergétiques thiamine-dépendants. Sa fréquence est probablement sous-estimée car de nombreux cas autopsiques en ont été décrits. Elle est observée le plus souvent lors d'un alcoolisme chronique, mais de manière plus générale dans un contexte de dénutrition sévère (anorexie mentale, malabsorption intestinale, vomissements gravidiques, etc.). C'est une urgence médicale dont les séquelles peuvent être importantes voire même invalidantes en l'absence de traitement. **Observation:** C'est celle d'une encéphalopathie de GW secondaire à une nutrition parentérale exclusive. En effet, il s'agit d'une patiente de 40 ans suivie depuis 1996 pour maladie de crohn dont le traitement a nécessité le recours aux anti-TNF puis à une coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale en 3 temps. En juillet 2013, elle est ré hospitalisée pour une nouvelle poussée de sa maladie avec des signes de gravité endoscopiques étendus intéressant le néo-iléon terminal. L'IRM pelvienne a révélé une fistule au niveau de l'anastomose iléo-anale alimentant une collection avec infiltration de la graisse pré-sacrée et extension du processus inflammatoire en intracanalair. L'attitude thérapeutique adoptée était de mettre au repos le tube digestif avec alimentation parentérale (Oliclinomel®) et antibiothérapie. L'évolution a été marquée par une amélioration transitoire et la réapparition d'une symptomatologie digestive rattachée à une pancréatite aigue stade A d'origine lithiasique. Cette dernière a nécessité alors la prolongation de l'alimentation parentérale devant l'amaigrissement massif et les vomissements incoercibles. Les suites étaient marquées par la survenue d'un syndrome confusionnel associé à un nystagmus vertical et un syndrome cérébelleux, sans syndrome méningé ni autre signe de localisation neurologique. Le bilan biologique, Le scanner cérébral et la PL étaient normaux. Le dosage de la vitamine B1 était à 2.2µg/L et L'IRM cérébrale montrait un Hyper signal Flair et diffusion bilatérale et symétrique des tubercules quadrijumeaux et du plancher du V4pouvant être d'origine métabolique et sans signes par ailleurs de thrombose veineuse cérébrale. L'IRM était évocatrice d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke (EGW). Le traitement a consisté en l'administration intraveineuse (IV) de vitamine B1 (1000 mg/j) pendant sept jours puis par voie orale jusqu'à disparition des symptômes. Le syndrome confusionnel et le nystagmus régresaient après trois jours de traitement, tandis que l'ataxie persistait six semaines après. **Conclusion :** L'encéphalopathie de Gayet Wernicke ne se rencontre pas seulement dans le cadre de l'éthylisme chronique .Il faut l'évoquer chez tout patient présentant la triade confusion, syndrome cérébelleux et trouble oculomoteur, d'autant plus qu'il existe un contexte de dénutrition ou d'alimentation parentérale exclusive. L'IRM en facilite le diagnostic

P151. SYNDROME DE HOFFMANN ADMIS EN REANIMATION : A PROPOS D'UN CAS

T. MERHABENE, A. JAMOSSI, A. MIGAOU, F. MAY, K. BELKHOJA, J. BEN KHELIL, K. BEN ROMDHANE, M. BESBES

SERVICE DE REANIMATION MEDICALE - HOPITAL ABDERRAHMEN MAMI - ARIANA

Introduction : Le syndrome de Hoffmann ou myopathie thyroïdienne est une complication rare de l'hypothyroïdie. Il peut constituer un mode révélateur de la maladie. Les manifestations cliniques sont dominées par une asthénie, une faiblesse musculaire avec hypertrophie et œdème musculaire. Le pronostic est souvent favorable sous traitement substitutif. Nous rapportons un cas d'un patient présentant un syndrome de Hoffmann inaugural d'une hypothyroïdie. **Observation** : Mr BA, âgé de 69 ans ayant des antécédents de BPCO, a été admis en réanimation pour coma avec détresse respiratoire. A l'examen il avait une insuffisance respiratoire aiguë sans fièvre, un coma, un visage bouffi avec des œdèmes généralisés et une hypertrophie ainsi qu'une rigidité musculaire des 4 membres. La gazométrie objectivait une acidose respiratoire avec hypoxémie. La biologie avait montré : une anémie normochrome normocytaire à 7,9 g/dl, une rhabdomyolyse sans insuffisance rénale. Le patient a été intubé après échec de la ventilation mécanique non invasive. Une myopathie d'origine métabolique a été suspectée surtout que l'interrogatoire révélait la notion de constipation chronique, myalgie et bradypsychie. Le bilan thyroïdien était franchement perturbé avec une TSH très élevée et une FT4 effondrée. L'électromyogramme a mis en évidence une polyneuropathie sensitivomotrice. La biopsie musculaire a montré une désorganisation de l'architecture musculaire avec des fibres atrophiées de taille inégale associée à une dégénérescence cytoplasmique. Le diagnostic de myopathie thyroïdienne ou syndrome de Hoffmann a été retenu. Le patient a été supplémenté par des hormones thyroïdiennes associées à une opothérapie systématique. L'évolution était favorable avec sevrage de la ventilation mécanique, fonte des œdèmes, amélioration de la rigidité musculaire et normalisation des chiffres des CPK. **Discussion** : L'hypothyroïdie entraîne un ralentissement global du métabolisme qui se répercute au niveau de nombreux organes dont le système musculosquelettique. La myopathie thyroïdienne souvent proximale est secondaire à une réduction de la capacité oxydative des mitochondries et des récepteurs β -adrénergiques qui va se manifester par une organisation anarchique des fibres musculaires. D'autre part, le retard du recaptage du Ca^{2+} par le réticulum sarcoplasmique va prolonger la contraction musculaire amenant à une hypertrophie musculaire progressive qui se traduit cliniquement par l'aspect pseudo athlétique de la musculature à l'inspection. Le diagnostic est confirmé par la biopsie musculaire et le dosage des hormones thyroïdiennes. L'évolution est souvent favorable sous traitement substitutif. **Conclusion** : le syndrome de Hoffman est une entité clinique rare. C'est une myopathie thyroïdienne associant une hypertrophie musculaire avec rhabdomyolyse. L'instauration rapide du traitement substitutif transforme le pronostic.

P152. SYNDROME DE SECRETION INAPPROPRIEE D'HORMONE ANTIDIURETIQUE PARANEOPLASIQUE : A PROPOS D'UN CAS

J. GUISSOUMA, S. SOUSSI, H. BRAHMI, S. GUESMI, M. SAMET. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. HOPITAL HABIB BOUGUETFA. BIZERTE

Introduction : Le syndrome de sécrétion inappropriée d hormone antidiurétique (SIADH) est le mécanisme le plus souvent responsable d hyponatrémie euvoémique et ses étiologies sont multiples. Nous allons étayer la physiopathologie, les principales causes, les éléments du diagnostic positifs et le traitement de ce syndrome à travers un cas de SIADH paranéoplasique. **Observation** : Mr HH âgé de 62 ans grand tabagique a été hospitalisé en pneumologie un mois auparavant pour détresse respiratoire. Une tumeur bronchique a été suspectée et une fibroscopie bronchique avec biopsies ont été réalisées. Il a été hospitalisé en réanimation pour confusion, détresse respiratoire et paraplégie. A l'examen pas de signes de déshydratation, pas de syndrome œdémateux, patient confus agité par moments, déficit sensitivomoteur des deux membres inférieurs, niveau sensitif T9-T10, béance du sphincter anal, SpO₂=88% à l'AA, signes de lutte râles ronflants aux deux champs pulmonaires, état

hémodynamique stable. A la biologie syndrome inflammatoire biologique, fonction rénale et hépatique normales, anémie hypochrome microcytaire, hyponatrémie à 111 mmol/l, glycémie normale, osmolarité=240 mosmol/l, natriurèse=45 mmol/l, bilan thyroïdien normal. A la Rx thorax : poumon gauche blanc. TDM cérébrale normale. TDM thoraco-abdomino-pelvienne : processus tumoral pulmonaire gauche avec engainement de la bronche souche et de l'artère pulmonaire homologues, nécrose parenchymateuse lobaire supérieure droite, adénomégalies médiastinales, ostéolyse 8ème et 12ème vertèbres thoraciques avec compression médullaire. Le patient a été mis sous oxygénothérapie avec amélioration des échanges gazeux. Il a reçu initialement du sérum sale hypertonique avec correction prudente de l'hyponatrémie permettant l'amendement des signes neurologiques. Le diagnostic de SIADH paranéoplasique était le plus plausible, d'où la restriction hydrique. L'examen anatomopathologique des biopsies bronchiques a conclu à un adénocarcinome broncho-pulmonaire peu différencié. La radiothérapie a été indiquée mais le patient a présenté à j 13 une détresse respiratoire compliquée d'un arrêt hypoxique. **Discussion** : Le SIADH est le mécanisme le plus souvent responsable d'hyponatrémie de dilution et ses étiologies sont multiples. Le SIADH est lié à une hypersécrétion d'arginine vasopressine (AVP) l'hormone antidiurétique de l'homme. L'AVP induit une hypertonie urinaire qui limite les capacités d'excrétion de l'eau libre. Au cours du SIADH une sécrétion d'AVP non osmotique persiste malgré l'absence de stimulus volémique. Chez les patients d'oncologie il y a une sécrétion ectopique d'AVP par les cellules tumorales. Le diagnostic de SIADH est un diagnostic d'exclusion. Il est retenu lorsque les cinq critères suivants sont réunis : hyponatrémie hypotonique, osmolalité urinaire supérieure à l'osmolalité plasmatique, absence d'œdème ou d'hypovolémie, natriurèse conservée, fonctions rénale, surrénale et thyroïdienne normales. Les causes du SIADH sont multiples et se répartissent en étiologies néoplasiques (11 à 15% des cancers broncho pulmonaires développent un SIADH), neurologiques, pulmonaires et médicamenteuses ou toxiques. Le traitement comporte le traitement étiologique et le traitement de l'hyponatrémie qui doit être énergétique mais prudent en cas de symptomatologie neurologique. Les vaptans, antagonistes de la vasopressine, ont été introduits récemment comme traitement de l'hyponatrémie secondaire à un SIADH. **Conclusion** : une prise en charge adéquate de l'hyponatrémie, élément de gravité essentiel du SIADH, pourrait améliorer le pronostic des patients d'oncologie.

P153. CRISE AIGUE THYREOTOXIQUE INAUGURALE A PROPOS D'UN CAS

A. HACHANI, A. JAMOUSSI, A. HAMMAMI, T. MERHEBENE, K. BELKHOUSA, K. BEN ROMDHANE, J. BEN KHELIL, M. BESBES. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. HOPITAL ABDERRAHMAN MAMI. ARIANA

Introduction: La crise aiguë thyrotoxique est la complication la plus grave de l'hyperthyroïdie pouvant compromettre le pronostic vital, le plus souvent par le biais de la cardiomyopathie, atteinte cardiaque de la thyrotoxicose. Nous rapportons le cas d'une thyrotoxicose aiguë et grave compliquée d'une cardiomyopathie chez un sujet jeune.

Observation : Madame TD, âgée de 28 ans, aux antécédents d'endocrinopathie familiale et de syndrome dépressif, césarisée 6 semaines auparavant pour toxémie gravidique, est hospitalisée dans le service de réanimation de l'hôpital ABDERRAHMAN MAMI Ariana pour état de choc et coma fébrile. L'histoire de la maladie remonte à une semaine, marquée par l'installation de vomissements, diarrhée, anorexie et asthénie. L'examen physique à l'admission: coma (CGS à 8/15), TA 70/40, fébrile à 39.5°C, tachycarde sinusale à 160 bpm, signes de déshydratation, un nystagmus horizontal. Après conditionnement de la malade (ventilation mécanique invasive, réhydratation, noradrénaline), une série d'explorations

biologiques et radiologiques a été entamée: La TDM cérébrale et la ponction lombaire étaient normales, l'enquête toxicologique était négative ETT: hypokinésie globale avec dysfonction systolique modérée du VG, FEVG à 42%, PRVG: E/A à 2,3 et E/E' à 9, débit cardiaque conservé. La biologie: une hypercalcémie menaçante à 3,5 mmol/l, phosphorémie normale, troponines positives à 3.21 ng/ml, pas de SIB. ECG: tachycardie sinusale, QT court Un bilan thyroïdien révèle un taux effondré de TSH < 0.05 µUI/ml et une FT4 à 68.45 pmol/l. La PTH était normale. Le diagnostic d'une crise aiguë thyrotoxisque inaugurale compliquée d'état de choc cardiogénique, d'hypercalcémie et d'encéphalopathie métabolique a été retenu. La malade a été mise sous basdène 375 mg/j, lugol 60 gouttes/j, avlocardyl et bisphosphonates. Sur le plan étiologique : l'échographie cervicale a trouvé une thyroïde de taille normale et d'échostructure hétérogène. Les anticorps anti-thyroïdiens étaient négatifs. L'évolution était favorable sous traitement: - Diminution de la fréquence cardiaque - Normalisation des taux de FT4 dès J3, avec TSH toujours basse à 0.014 µUI/ml - Sevrage des amines à J4 - Nette amélioration de la fonction VG à l'ETT à J8. La malade a été extubée à J9 puis mise sortante sous basdène et normocardil. Sur le plan endocrinien, le bilan thyroïdien s'est normalisé 2 mois après la sortie, d'où l'arrêt du ttt. **Discussion :** L'atteinte cardiaque chez notre patiente réalise une véritable myocardiopathie hyperthyroïdienne survenant sur cœur sain (dysfonction VG, troponines positives), réalisant ainsi l'atteinte la plus grave de la cardiomyopathie thyroïdienne. Devant l'absence de goitre ou de maladie de Basedow, la morphologie subnormale de la thyroïde à l'échographie, le bilan immunologique négatif et la régression de l'hyperthyroïdie à 2 mois, il s'agit très probablement d'une hyperthyroïdie d'origine virale, réalisant un tableau de thyroïdite de De Quervain. **Conclusion :** La thyrotoxicose aiguë est une pathologie grave, dont le tableau peut réaliser une atteinte multi viscérale : hémodynamique, neurologique et métabolique. Le traitement est essentiellement symptomatique. L'atteinte cardiaque peut être réversible.

P154. QUAND DOIT-ON TRAITER UN ECG

S. HOUIMLI, W. KAMKOU, A. B HMIDA, D. BELLASFAR, K. MAJED, H. MAGHRAOUI, D. CHIBOUB, A. MEGANEM, C. HAMOUDA, N. BORSALI FALFOUL. SERVICE DES URGENCES. CHU LA RABTA

Introduction: L'hyperkaliémie est définie : $K^+ > 5,3$ mmol/l. C'est le plus grave des désordres hydroélectrolytiques responsable de 1/1000 de décès. La mortalité et la morbidité sont liées à l'effet neuromusculaire et surtout sur l'excitabilité et la conduction cardiaque. Il s'agit d'une urgence thérapeutique. La suspicion d'hyperkaliémie impose la pratique d'ECG (avant l'ionogramme) il n'y a pas de parallélisme entre le niveau d'hyperkaliémie et la sévérité des manifestations ECG. **Observation1 :** H.H, âgée de 59 ans, cholécystectomisée, opérée pour infarctus mésentérique il y a 1 mois, sous Sintrom pour une thrombose veineuse profonde. Admise pour douleurs abdominales, vomissement. A l'examen : apyrétique, consciente, la tension artérielle était de 120/70 mm Hg. La fréquence cardiaque était à 120 battements /min. L'examen abdominal était sans anomalie ce qui nous a amené à pratiquer un ECG qui a montré une disparition de l'onde P QRS large, onde T ample et symétrique. Devant cet aspect on a entamé le traitement médical de l'hyperkaliémie : gluconate de calcium : 2 ampoules, bicarbonate de sodium à 42 %0 : 5 ampoules, insuline ordinaire dans 100 ml de SG 30% en perfusion, 20mg de Bricanyl en aérosol et kayexalate 30mg par voie orale. Le bilan biologique a conforté le diagnostic en montrant une Kaliémie : 9,6mmol/l, urée : 3,07 mg/l, créat : 63 micromoles/l la gazométrie a montré une acidose métabolique sévère avec un pH : 7.11. L'évolution immédiate a été favorable avec disparition des signes électriques. La patiente a eu une séance d'hémodialyse. L'évolution ultérieure a été favorable avec

normalisation de la kaliémie et de la fonction rénale. On a retenu le diagnostic d'insuffisance rénale aiguë sur nécrose tubulaire aiguë suite à l'injection de produit de contraste. Observation 2 : B.M, âgé de 72 ans, aux ATCD d'HTA, AVC, insuffisance cardiaque et de diabète de type II. A été admis pour dyspnée avec précordialgie. A l'examen TA : 140/70 mm Hg, conscient avec une fréquence respiratoire à 24 cycles/min, l'auscultation pulmonaire avait trouvé des râles crépitants aux deux bases ECG : Le patient a présenté un arrêt cardiaque dès son admission, la kaliémie prélevée à l'admission était de 8,3. **Conclusion** : l'hyperkaliémie constitue une urgence diagnostic et thérapeutique pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Le diagnostic doit être évoqué devant des signes cliniques et électriques et le traitement doit être entamé le plus précocement possible.

P155. COMPLICATIONS HYPER-GLYCEMIQUES DU DIABETE AUX URGENCES

S. HOUIMLI, W. KAMKOUM, K. MAJED, D. BELLASFAR, S.LAHMAR, D. CHIBOUB, M. MODHAFFER, A. MEGANEM, C. HAMOUDA, N. BORSALI FALFOUL. SERVICE DES URGENCES. CHU LA RABTA

Introduction : Les complications hyperglycémiques aiguës du diabète sont un motif fréquent d'admission aux urgences. Leur traitement repose sur : réhydratation, insulinothérapie et la correction des troubles électrolytiques. **L'objectif** de notre étude était d'étudier les particularités cliniques et évolutives. **Patients et méthodes** : Il s'agissait d'une étude monocentrique, descriptive et rétrospective sur une période de 6 mois, incluant les patients diabétiques hospitalisés au service des urgences la Rabta, pour une complication hyperglycémique du diabète nous avons relevé les caractéristiques épidémiologiques et cliniques. **Résultats** : Nous avons colligé 64 patients hospitalisés pour une complication métabolique du diabète avec une sex-ratio égale à 1 et un âge moyen à 47 ans (15 à 83 ans), 70% sont âgés de moins de 65 ans. 53% des patients avaient un diabète de type II, 34% un diabète de type I et 13% n'avaient pas d'ATCD de diabète. 23% des patients étaient adressés d'une autre structure sanitaire. 7% avaient un ATCD d'insuffisance rénale. Le principal motif de consultation, notamment lors de la décompensation acidocétosique étaient les douleurs abdominales associées à des vomissements dans 35% des cas. L'altération de l'état de conscience a été retrouvée dans 23 % des cas avec un score de Glasgow inférieur à 12 dans 18% des cas et la dyspnée de KUSSMALL à 8% des cas. La clearance de la créatinine calculée était inférieure à 50ml/min dans 40% des cas. On a retrouvé une hypokaliémie associée dans 18% des cas. Le diagnostic d'acidocétose diabétique a été retenu dans 85% des cas dont 14% étaient inaugurales et 51% avec une acidose sévère. 14% des cas avaient un état hyper-osmolaire dont 57% étaient associés à une acidocétose diabétique. 1 cas a été hospitalisé pour acidose lactique par une intoxication à la metformine. Le facteur de décompensation était infectieuse dans 34% des cas, le diagnostic d'une pancréatite a été porté chez cinq patients, 15% des patients étaient mal-observants. 47% des patients ont été pris en charge en unité d'hospitalisation de courte durée. La durée de séjour moyenne était de 50 heures (3 à 203 heures). 11% des patients ont été pris en charge en milieu de réanimation. On a noté une mortalité de 7%. **Conclusion** : les décompensations hyperglycémiques du diabète sont dominées par l'acidocétose, la majorité des patients ont été pris en charge aux urgences avec un séjour moyen de plus de 48 heures.

P156. EMBOLIE PULMONAIRE ET THROMBOSE DE VEINE RENALE GAUCHE REVELANT UN SYNDROME NEPHROTIQUE.

M. BEN SALEM, A. LETAIEF, N. MOKNI, K. HMIDI, K. SOLTANE, M. BEN SALEH, W. CHABCHOUB, M. HAMMOUD, S. ALOUI, A. FRIH, H. SKHIRI, N. BEN DIAH, M. MAY

Introduction : Le syndrome néphrotique peut se compliquer d'accidents thromboemboliques mais ces manifestations en sont rarement révélatrices. **Patient** : Il s'agit d'une patiente âgée de 14 ans, sans antécédents pathologiques notables qui a consulté initialement pour lombalgie gauche. L'échographie rénale a objectivé un rein gauche augmenté de taille et un rein droit de taille normale. Le scanner thoraco-abdominal injecté a montré la présence de thrombose étendue de la veine rénale gauche se prolabant dans la lumière de la veine cave inférieure et une embolie pulmonaire lobaire inférieur gauche. Le bilan biologique a montré un syndrome néphrotique pur. Le bilan de thrombophilie (Anticorps anticardiolipine, anticorps anti antiB2G1, protéineC, protéineS, AntithrombinIII, facteur V Leiden et homocystéine) est revenu négatif. La ponction biopsie rénale a montré une lésion glomérulaire minime. La patiente est traitée par des anticoagulants et des corticoïdes avec une bonne évolution en effet la protéinurie a disparu après trois semaines de corticothérapie. **Conclusion** : Les thromboses vasculaires restent une des complications les plus graves du syndrome néphrotique et qui peuvent dans certaines situations être une circonstance de découverte de ce syndrome.

P157. LE VOLUME PLAQUETTAIRE MOYEN PEUT IL ETRE UN FACTEUR PRONOSTIC EN CAS D'INSUFFISANCE RENALE AIGUE EN REANIMATION ?

F. DALY, R. MANAI, S. ABDELLATIF, A. TRIFI, M. OUESLETI, A. BEN ABDERAHIM, M. BOUZIDI, H. KALLEL, S. BEN LAKHAL. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU LA RABTA

Introduction : Le volume plaquettaire moyen (VPM) a été identifié comme facteur pronostic dans plusieurs pathologies. **Le but** de notre étude est de déterminer la valeur pronostique de ce paramètre chez les patients admis en réanimation et qui présentent une insuffisance rénale aigue (IRA). **Matériels et méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective, menée au service de réanimation médicale du CHU La Rabta pendant 2 ans. Tous les patients qui ont présenté une IRA ont été inclus. Les patients ayant une insuffisance rénale chronique au stade terminal ont été exclus. L'IRA est retenue selon les critères de RIFLE. Le VPM a été mesuré lors de la découverte de l'IRA (VPMi) et à H48 (VPM H48) d'évolution. Une étude statistique comparant le groupe des patients décédés (groupe D) et groupe des patients vivants (Groupe V) a été effectuée. **Résultats** : 56 patients sont retenus. L'âge moyen est de $55,04 \pm 18$ ans avec des extrêmes de 16 et 88 ans. Le sex-ratio est de 1,15. Le score moyen SOFA est de 8,28 avec des extrêmes de 1 et 19. Le VPM moyen à l'inclusion est de $10,41 \text{ fL} \pm 1,65$ avec des extrêmes de 2,20 et 13,8 fL et à H 48 de $10,60 \text{ fL} \pm 0,97$ avec des extrêmes de 8,1 et 13,5. La comparaison de ce paramètre chez les deux groupes est illustrée dans le tableau. **Conclusions** : Nos résultats suggèrent que la valeur absolue du VPM à l'inclusion n'a pas de valeur prédictive de mortalité chez les patients ayant une IRA en réanimation mais sa valeur à H48 de l'évolution pourrait avoir une valeur pronostique. Ces résultats demandent à être confirmés par des études à échantillon plus grand.

P158. INSUFFISANCE RENALE AIGUE D'ORIGINE TOXIQUE : A PROPOS DE 2 CAS

K. MEDDEB¹, Y. BLEL¹, A. M RAD¹, S. HABACHA¹, I. SEDGHIANI¹, M. MARZOUK¹, A.MHAMDI², H. ELGHORD¹, N. KOURAICHI¹, H. THABET², N. BRAHMI¹, M. AMAMOU¹

Introduction : L'insuffisance rénale aigue secondaire à une intoxication médicamenteuse est une situation assez rare (5%), les médicaments les plus incriminés sont les anti-inflammatoire non stéroïdien et les quinolones. Le traitement nécessite généralement une réhydratation et rarement le recours à l'épuration extra rénale. Nous rapportons dans ce travail deux observations de patients qui ont présenté une IRA suite à une intoxication

médicamenteuse. **Observation1** : Patiente âgée de 19 ans sans antécédents pathologiques qui a présenté à la suite de la prise d'une quantité imprécise de Diclofenac et de ciprofloxacine, des douleurs abdominales associés à des vomissements. L'examen clinique ne montre pas de signes de déshydratation mais objective une anurie.(50cc/24h). La biologie a montré : Créatininémie 643 $\mu\text{mol/l}$, urée 12,9 mmol/l, Na^+ 140mmol/l, K^+ 4 mmol/l. Ca^{++} 2,1 mmol/l, Phosphorémie à 1,2 mmol/l. Le compte d'Addis avait montré une leucocyturie à 7700/ml, une hématurie à 3000/ml. Malgré une réhydratation suffisante pendant 24h, la patiente est restée anurique d'où le recours à l'épuration extra rénale. La patiente a rétabli une diurèse convenable par la suite. Le bilan biologique s'est normalisé au bout de deux semaines. **Observation 2** : Patiente âgée de 19 ans qui a présenté à la suite de l'ingestion volontaire de 7,5 g de ciprofloxacine, des troubles digestifs à type de vomissements. Le bilan biologique a montré : créatininémie 464 $\mu\text{mol/l}$, urée à 16 mmol/l, une kaliémie 4,2mmol/l, Natrémie 128 mmol/l. La diurèse était conservée avec un compte d'Addis sans anomalies. L'échographie été pratiquée dans les deux cas, montrant des reins de taille normale, de contours réguliers à cortex hyper-échogène sans dilatation des voies excrétrices. L'évolution était favorable pour les deux patientes permettant leur transfert dans un service de néphrologie. **Conclusion**: La toxicité rénale lors des intoxications aiguës peut être directe ou indirecte soit par le biais d'un mécanisme immuno-allergique, soit par le biais d'un bas débit rénal prolongé lors des états de choc.

THEME COMPLICATIONS IATROGENES

P159. EMBOLIE GAZEUSE IATROGENE SUITE A L'INJECTION DU PRODUIT DE CONTRASTE POUR SCANNER THORACIQUE

K. GAHBICHE, H. ECHHOUMI, T. GUIZANI, S. NAKHLI, A. AMARA, H. CHEMCHIK, W. NAIJA, R. SAID. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL – SOUSSE.

Introduction: L'embolie gazeuse (EG) est définie par la migration suite à une brèche vasculaire, de bulles de gaz dans la circulation sanguine, qu'elles soient symptomatiques ou non. Elle est le plus souvent iatrogène compliquant des gestes médicaux diagnostiques ou thérapeutiques. **Observation**: Il s'agit d'une patiente âgée de 79 ans qui a eu un scanner thoracique de contrôle après thyroïdectomie totale avec découverte de bulles d'air au niveau de la veine sous Clavière droite et au niveau du tronc de l'artère pulmonaire. La patiente a été hospitalisée dans le service de réanimation pendant 48h. L'évolution était favorable sans aucune séquelle. **DISCUSSION** : La survenue d'une EG nécessite : • Une source de gaz, • Communication entre le système vasculaire et cette source. • Un gradient de pression. Plusieurs facteurs influencent la gravité du tableau clinique : le volume du gaz injecté, la vitesse d'entrée ... Tout signe neurologique et/ou cardiorespiratoire dans une situation à risque doit être considéré comme une embolie gazeuse jusqu'à preuve du contraire et doit imposer un traitement avant tout autre examen. Le principe du traitement repose sur l'arrêt de la source de gaz et les mesures symptomatiques de réanimation, ainsi que sur l'oxygénothérapie. **Conclusion**: L'EG est un accident redoutable essentiellement iatrogène. Il doit être évoqué grâce aux circonstances de survenue car la symptomatologie clinique neurologique et/ou cardiorespiratoire est aspécifique. La prévention reste primordiale.

P160. COMPLICATIONS HEMORRAGIQUES GRAVES DE LA THROMBOLYSE : A PROPOS DE 2 CAS

S. NAKHLI, K. GAHBICHE, T. GUIZANI, S. GMATI, A. AMARA, H. CHEMCHIK, W. NAIJA, R. SAID. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL – SOUSSE

Introduction : Les accidents hémorragiques après une thrombolyse quelqu'en soit l'indication est la complication grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital. L'hémorragie cérébrale, complication majeure la plus redoutée, touche 0,5% (Streptokinase) à 0,75% (Actilyse) des patients soumis à un traitement fibrinolytique. Nous présentons deux

observations de deux patients dont la thrombolyse a été compliquée d'accident hémorragique grave. **Observations** : Le premier patient est un malade de 66 ans qui a présenté un hémopéritoine de grande abondance secondaire à une thrombolyse suite à un SCA ST + au niveau du territoire inférieur. Un scanner abdominal fait a montré une image suspecte de malignité au niveau du segment VII du foie très probablement à l'origine du saignement. L'évolution a été fatale avec un OAP massif et un syndrome de compartiment abdominal. Le 2ième cas concerne une patiente âgée de 18 ans qui a eu une thrombolyse pour une thrombose de l'artère centrale de la rétine gauche. La patiente a présenté un syndrome d'hypertension intracrânienne avec anisocorie. Une TDM cérébrale faite a montré un HSD hémisphérique avec hématome intra-parenchymateux pariéto-occipital gauche. Elle a eu une évacuation en urgence de l'hématome. L'évolution a été marquée par l'apparition d'un état de mort cérébrale. **Discussion** : La revue de la littérature a objectivé que les complications hémorragiques sévères et/ou nécessitantes une transfusion sanguine ont concerné 10 à 15 % des patients. 77 % des hémorragies survenaient les 24 premières heures suivant la thrombolyse. Les hémorragies cérébrales intéressent 1,4 % des patients thrombolysés et font toute la gravité pronostique des complications hémorragiques. Les facteurs de risque d'une complication hémorragique au cours d'une thrombolyse sont : l'âge, le faible poids corporel, le sexe féminin, les antécédents d'accident vasculaire cérébral et l'hypertension artérielle. **Conclusion** : Les accidents hémorragiques suite à la thrombolyse sont des accidents rares mais de mauvais pronostics. La prise en charge peut être médicochirurgicale dans certaines situations

P161. FISTULE OESO-TRACHEALE IATROGENE

T. GUIZANI, K. GAHBICHE, S. GMATI, H. ECHHOUMI, S. NAKHLI, A. AMARA, H.CHEMCHIK, W. NAIJA, R. SAID. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL - SOUSSE

Introduction : La fistule oeso-trachéale (FOT) est une complication rare de l'intubation endo-trachéale et de la trachéotomie. Elle s'observe dans moins de 1% des patients intubés ventilés. Nous rapportons notre expérience sur la prise en charge de 5 patients ayant des FOT après un long séjour en réanimation. **Matériels et méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle sur une durée de 5 ans (2008 - 2012). Les données cliniques et para cliniques concernant les patients ayants une FOT ont été recueillies par l'intermédiaire d'une grille d'observation. **Résultats** : En 5 ans, 5 patients ont présenté une FOT secondaire à une ventilation invasive de longue durée. Le sex ratio est de $1/5 = 0,2$. Tous les patients étaient de groupe sanguin rhésus positif. La durée moyenne de la ventilation invasive avant le diagnostic de la FOT était de 25 jours. La confirmation du diagnostic a été faite dans 100% des cas par une endoscopie digestive. Le traitement était chirurgical. La mortalité de ces patients était de 80 %. **Discussion** : Après le « sur gonflement » du ballonnet de la sonde d'intubation la muqueuse trachéale devient inflammatoire à son niveau. Trois jours après il y aura une apparition d'un ulcère de l'anneau cartilagineux puis formation d'un trajet fistuleux en quelques jours. La confirmation du diagnostique de la FOT se fait par l'endoscopie digestive et l'endoscopie trachéale. Pour les malades ventilés, le traitement chirurgical des FOT se déroule en deux temps : fermeture de la fistule avec réparation œsophagienne puis reconstruction trachéale. **Conclusion** : La FOT est une pathologie très rare en réanimation, elle est surtout dûe à un « sur gonflement » du ballonnet de la sonde d'intubation. Son diagnostic est endoscopique. Le traitement comporte un volet médical et un autre chirurgical qui dépend de la localisation et de la taille de la fistule.

P162. SDRA POST TRANSFUSIONNEL A PROPOS D'UN CAS M. YAHIA, M. HAMDY, L. BEN ALAYA NAGUEZ
SERVICE DE REANIMATION HOPITAL REGIONAL HABIB BOURGUIBA, MEDENINE

Introduction: Véritable œdème lésionnel pulmonaire post transfusionnel, le TRALI (Transfusion-Related Acute Lung Injury), apparaît désormais comme l'une des premières causes résiduelles de mortalité transfusionnelle. La lésion pulmonaire serait la conséquence de l'activation des polynucléaires au contact de l'endothélium capillaire pulmonaire. Mr MM âgé de 82ans, porteur d'un anévrysme de l'aorte, GS=O positif, admis pour traumatisme du thorax et du bassin. L'évolution a été marquée, à J2 d'hospitalisation, par une déglobulisation à 7,5g/dl, une transfusion par deux poches de sang total, seules disponible dans notre établissement, a été indiquée. Deux heures après la fin de la transfusion notre patient a présenté une dyspnée avec tachycardie et hypoxie avec à l'auscultation des râles crépitants diffus dans les deux champs pulmonaires. Le diagnostic de TRALI a été évoqué chez ce patient devant un faisceau des arguments cliniques, radiologiques et biologiques. La radiologie a objectivé des opacités alvéolaires cotonneuses bilatérales périphériques. La biologie : une leucopénie=1100/dl, BNP=450 pg/ml, PaO2/FiO2 =180 L'administration de trinitrine et furosémide n'a été suivie par aucune amélioration clinique, contrairement à une évolution spectaculaire sous VNI. L'étude de deux poches de sang a montré qu'un culot a été prélevé d'une femme multipare. Mots clés Transfusion ; SDRA post transfusionnel ; TRALI ; accident transfusionnel; Œdème aigu du poumon; Détresse respiratoire ; Pathologie des poumons.

P163. ŒDEME AIGU DU POUMON SURVENU AU DECOURS D'UNE MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE TOCOLYSEE PAR LES INHIBITEURS CALCIQUES : A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE

M.NAJJAR, C. MRAZGUIA, H. MAKNI, A .AJILI

SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE, HOPITAL REGIONAL DE NABEUL.

Introduction: Les inhibiteurs calciques semblent être les tocolytiques les plus utilisés, vu leur innocuité et leur facilité d'utilisation, mais des accidents graves peuvent survenir au cours de leur emploi. **Observations:** Nous rapportons deux observations d'œdème aigu du poumon survenus après administration par voie intraveineuse d'inhibiteurs calciques chez des patientes, sans antécédents cardiovasculaires, hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré. Notre première patiente était âgée de 32ans, sans antécédents cardiovasculaires particuliers, hospitalisée dans notre service pour menace d'accouchement prématuré sur une grossesse gémellaire de 30SA. Après une injection de corticoïde et la mise en place d'une perfusion de loxen à la PSE, la patiente a développé une détresse respiratoire évoquant un œdème aigu des poumons, la patiente a été transférée en réanimation, l'évolution était favorable après réanimation et arrêt du traitement tocolytique La deuxième patiente était âgée de 28 sans ATCD particuliers, hospitalisée pour menace d'accouchement prématuré sur un terme de 32SA, le même tableau s'est installée à l'instauration du traitement tocolytique, l'issue a été aussi favorable Nous essayons à travers ces deux cas cliniques, ainsi q' une revue de la littérature de préciser la fréquence de cet accident, ses facteurs favorisants et ses modalités diagnostiques et thérapeutiques.

P164. INTUBATION SELECTIVE PAR HERNIE DU BALLONNET

T. GUIZANI, K.GAHBICHE, S. GMATI, A. AMARA, S. NAKHLI, H. CHEMCHIK, W. NAIJA, R. SAID. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL – SOUSSE

Introduction : Parmi les complications de l'anesthésie et de la réanimation, les complications respiratoires sont celles qui sont associées à la mortalité et la morbidité les plus lourdes. Elles répondent à des mécanismes physiopathologiques différents. Ainsi ces complications sont souvent liées à un problème technique : intubation œsophagienne, difficultés d'intubation, défaillance ou déconnexion de la machine, etc ... A travers 2 cas de hernie du ballonnet de la sonde d'intubation et une revue de la littérature, les auteurs se proposent de rappeler cette complication qui bien que rare reste redoutable. **Observations :** ☞ Mme M.S âgée de 55 ans intubée ventilée sédaturée suite à une altération de son état de conscience (sonde N°7 fixée à 20 cm). La radio thorax à l'admission et après l'intubation n'a pas montré d'anomalies. A J4 d'hospitalisation, la patiente a présenté un tableau de détresse respiratoire aiguë. Sonde d'intubation en place non sélective (bout distal de la sonde situé à

1,5 cm de la carène) avec un poumon droit non ventilé. L'exploration n'a pas montré de bouchon et les bronches étaient parfaitement perméables. ⚡ Mr F.H âgé de 35 ans, admis au bloc Maxillo-facial pour rhinoplastie. Au cours de l'intervention, le capnographe a montré une courbe d'aspect normal avec une PET CO₂ à 34 mmHg, la pression intra-thoracique à 16 mmHg, SapO₂ correcte à 100%. Apparition d'une désaturation progressive (en 3min) à 75% avec augmentation des pressions intra-thoraciques et modification de la courbe capnographique. L'auscultation pulmonaire a objectivé l'absence du murmure vésiculaire de l'hémi-thorax droit avec un niveau de la sonde toujours à 21 cm. ⚡ L'examen de la 1ère sonde pour les deux malades a objectivé une hernie du ballonnet qui a obstrué totalement la bronche souche droite donnant ainsi le tableau d'intubation sélective. Les deux patientes étaient réintubées avec amélioration clinique nette. **Discussion** : Les problèmes liés à la sonde endo-trachéale ont été bien identifiés par l'étude AIMS (102 cas). L'incident le plus communément rapporté est l'intubation endo-bronchique sélective qui est la 1ère cause de désaturation artérielle au bloc opératoire. La place de la capnographie dans le diagnostic d'intubation sélective est modeste et la présence d'un capnogramme normal ne l'élimine pas. Dans certains nombres de cas, la sonde d'intubation est mal positionnée sans être en position endo-bronchique ni œsophagienne. Il peut s'agir d'un tube dont l'extrémité est en butée sur la paroi trachéale, ce qui se traduit par une obstruction qui peut être levée à la simple mobilisation de la sonde. **Conclusion** : L'intubation sélective est une complication fréquente, l'hernie du ballonnet en est une cause rare mais redoutable qui est souvent méconnue. Son diagnostic est suspecté sur des anomalies du monitoring, mais sa confirmation repose sur des constatations cliniques.

P165. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES COLITES PSEUDOMEMBRANEUSES EN MILIEU DE REANIMATION

O. MEJRI, O. BEJI, S. YAACOUBI, A. AZOUZI, R. MANAI, H. HMOUDA
SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. HOPITAL SAHLOUL. SOUSSE.

Introduction: Les antibiotiques sont souvent utilisés de manière empirique en milieu de réanimation, et les effets néfastes l'emportent parfois sur les effets bénéfiques. La diarrhée secondaire aux antibiotiques constitue l'un de ces effets courants. On trouve parfois le Clostridium difficile dans les selles de malades souffrant d'une diarrhée secondaire aux antibiotiques. Cependant, son rôle d'agent étiologique chez ces patients demeure controversé. Le présent travail vise à revoir nos propres observations et à examiner les dernières recommandations au sujet du C difficile dans la diarrhée en milieu de réanimation et à fournir un algorithme en vue du diagnostic et du traitement. **Méthodes** : Etude rétrospective de 5 cas de diarrhée aiguë survenus dans notre service entre 2012 et 2013. La recherche du C. Difficile et de sa toxine a été effectuée chez tous les patients. Une coproculture et un examen parasitologique des selles ont été effectués chez tous les patients. Le diagnostic positif d'une colite pseudomembraneuse à C. Difficile est posé quand la toxine du Clostridium est présente. Résultats: Deux échantillons sont revenus positifs pour la culture du C. Difficile et pour sa toxine, 2 échantillons sont revenus négatifs pour le Clostridium et pour sa toxine, et on a isolé le C. Difficile dans un échantillon alors que sa toxine était absente. La coproculture ainsi que l'examen parasitologique des selles sont revenus négatifs pour tous les patients. Un traitement spécifique d'une colite pseudomembraneuse a été instauré chez les 2 patients chez qui on a isolé la toxine B du C. Difficile, les autres patients ont reçu un traitement symptomatique de la diarrhée avec évolution favorable. **Commentaires** : Clostridium difficile est une des causes majeures de diarrhées associées aux soins. Ces dernières années ont été marquées par la dissémination mondiale d'une souche épidémique responsable d'infections sévères et d'une mortalité plus importante. La maladie causée par cet organisme ne peut être établie qu'après le dépistage de toxines pour lesquels il existe de nombreux essais biologiques. Le meilleur essai

biologique pour déceler cette toxine évalue la cytotoxicité en culture cellulaire. La culture de la bactérie ne suffit pas à soutenir le diagnostic. Des recommandations américaines et européennes pour le traitement des infections à C. difficile ont été récemment publiées. Le métronidazole per os reste toujours la molécule de choix pour le traitement des formes peu à modérément sévères. La vancomycine per os est réservée aux formes sévères d'infection. La chirurgie (colectomie) doit être envisagée en cas de patient présentant des complications (mégacôlon, choc septique...). Le traitement des porteurs asymptomatiques du C Difficile n'est pas recommandé. **Conclusion** : Le diagnostic de colite associée au C difficile devrait être envisagé chez tous les patients qui reçoivent ou ont reçu des antibiotiques au cours des deux semaines précédentes et qui présentent une diarrhée aiguë. Il faut disposer d'une procédure d'alerte et de déclaration des infections à Clostridium difficile au sein de chaque établissement ainsi que d'un protocole écrit au sein du service incluant la description des mesures préventives et curatives.

P166.SYNDROME D'HYPERSENSIBILITE AUX ANTIEPILEPTIQUES INDUIT PAR LE PHENOBARBITAL.

O. MEJRI, O. BEJI, S. YAACOUBI, A. AZOUZI, R. MANAI, H. HMOUDA. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. HOPITAL SAHLOUL. SOUSSE.

Introduction : Le syndrome d'hypersensibilité aux antiépileptiques (SHA) est un effet secondaire rare, potentiellement mortel. Les anticonvulsivants aromatiques (carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne) sont parmi les principaux responsables. Nous rapportons le cas d'un SHA au phénobarbital chez un patient de 39 ans, survenu à 2 semaines du traitement par le Gardéal*. **Observation** : Patient âgé de 39 ans, admis en réanimation pour fièvre à 40°C et altération de son état général. Son histoire remonte à 2 semaines auparavant, où le patient a été admis dans notre service pour état de mal convulsif secondaire à une méningoencéphalite virale, d'évolution favorable sous traitement symptomatique et spécifique par Zovirax* autorisant sa sortie à J10 d'hospitalisation sous Gardéal* 150 mg par jour. A J15 de traitement par Gardéal, le patient reconsulte pour fièvre, céphalées, asthénie profonde et rash cutané. L'examen objective une fièvre à 41°C, un rash cutané morbilliforme du tronc et des membres, avec un état neurologique, respiratoire et hémodynamique stable. Les examens biologiques ont révélé un syndrome inflammatoire, une cytolyse hépatique à trois fois la normale, ainsi qu'une légère éosinophilie. Les examens d'imagerie n'ont pas montré de foyer infectieux, et tous les prélèvements à visée microbiologique, ainsi que les sérologies virales sont revenus négatifs. Le diagnostic évoqué était le syndrome d'hypersensibilité au gardéal* justifiant l'arrêt de ce médicament avec relais par le Valproate de Sodium (Dépakine*) 500mg x 3/jour. Une corticothérapie par hémisuccinate d'hydrocortisone 100mg x 4/jour, relayé par Solupred* 40mg/ jour, a été instaurée. L'évolution était favorable avec apyrexie et disparition du rash cutané, de la cytolyse hépatique et du syndrome inflammatoire biologique. **Commentaires** : Le syndrome d'hypersensibilité aux antiépileptiques (SHA) se définit par la triade symptomatique associant fièvre élevée, rash cutané et défaillance multi viscérale et survient chez 1/ 1000 à 1/10 000 des patients traités par antiépileptiques (AE). Il pourrait être mortel (10%des cas) et ne doit pas être méconnu. Classiquement, il survient une à 12 semaines après le début de la prise d'AE aromatiques. De nombreuses variantes cliniques ont été décrites. Le choix thérapeutique après un SHA est difficile en raison des réactions croisées entre les anticonvulsivants aromatiques, qui produisent des métabolites toxiques (arène oxides), qui s'accumulent chez des individus prédisposés, contrairement au valproate de sodium qui n'en produit pas et qui constitue une alternative thérapeutique après un SHA. Pour la lamotrigine,

une hypersensibilité croisée avec les anticonvulsivants aromatiques a été rapportée. En effet, le risque d'éruption cutanée imputable à la lamotrigine est multiplié par 3,6 si le patient a déjà eu une éruption après prise d'un autre antiépileptique. L'usage des nouveaux AE, apparemment moins pourvoyeurs de SHA, représente une autre alternative. La guérison est habituellement totale après l'arrêt du médicament responsable. Les antihistaminiques, l'hydratation, les corticoïdes sont fréquemment proposés en traitement symptomatique et immunoallergique. Parfois les immunoglobulines intraveineuses sont utilisées dans les cas sévères. **Conclusion** : En cas de syndrome d'hypersensibilité au Gardénal*, il faut éviter de réintroduire un anticonvulsivant aromatique, et éviter la lamotrigine. Ce risque doit être mis en balance avec les inconvénients d'une épilepsie mal équilibrée.

P167. UNE PANCREATITE AIGUE GRAVE A L'OLANZAPINE COMPLIQUEE DE DEFAILLANCE MULTI VISCERALE. (À PROPOS D'UN CAS).

M. MARZOUK, Y. BLEL, A. M'RAD, I. SEDGHIANI, S. HABACHA, K. MEDDEB, H. EL GHORD, N. KOURAICHI, M. AMAMOU, N. BRAHMI
REANIMATION CAMU

Introduction: Les pancréatites aiguës (PA) médicamenteuses sont rares (2%), contrairement aux PA d'origine lithiasique ou alcoolique. Nous rapportons ici le cas d'une PA grave compliquée d'une défaillance multi viscérale induite par l'Olanzapine, un psychotique atypique. **Observation** : Mr BF, 63 ans, non alcoolique, suivi pour trouble bipolaire traité par lithium, et olanzapine, admis en réanimation pour altération de l'état de conscience. L'examen physique trouve un patient apyrétique, comateux avec un GCS à 8, pupilles en myosis serré et sans signes de localisation ; un abdomen ballonné tympanique avec matité des flancs. Biologie : glycémie 8,5 mmol/l, urée 59mmol/l, créat 1046 µmol/l, natrémie 140mmol/l, kaliémie 5,3 mmol/l, protidémie 33g/l, Hb 13,9 g/dl, GB 12400/mm³, plaq 130 000/mm³, calcémie 2mmol/l, lithémie nle à 1,1 mmol/l, ASAT 23 UI/l, ALAT 23UI/l, PAL 68UI/l, GGT 60 UI /l. GDS : pH 7,28, HCO₃⁻ 12,7 mmol/l, PaCO₂ : 26,4 mmHg, PaO₂ 100 mmHg. La TDM cérébrale est revenue normale ; la recherche de toxiques dans les urines était négative. Un coma d'origine métabolique hyperurémique a été retenu. Le malade a bénéficié d'une séance d'hémodialyse continue. Une lipasémie faite à J2 de façon systématique est revenue à 566UI/l ; La TDM abdominale faite a révélé une pancréatite stade D de Balthazar. Le diagnostic de PA grave compliquée d'une défaillance multi viscérale a été finalement retenu. Dans le cadre du bilan étiologique de la PA une échographie abdominale faite révèle une vésicule biliaire de taille normale alithiasique ; le bilan lipidique TG 2.5 mmol/l, Chol 4mmol/l. L'imputabilité de l'olanzapine à la genèse de cette PA a été retenue, le traitement a été définitivement arrêté. L'évolution était défavorable et le malade est décédé à J30 suite à une PAVM compliquée d'un état de choc septique réfractaire. **Discussion** : La survenue d'une pancréatite aigue grave à la suite de la prescription de l'olanzapine est un évènement exceptionnel, en effet dans la littérature seulement deux cas ont été publiés. Le mécanisme de survenue de cette pancréatite ne serait pas en rapport avec une toxicité directe mais plutôt via une hypertriglycéridémie. La mortalité constatée au cours des PA médicamenteuses incombe un terrain fragilisé sur lequel survient des complications iatrogènes ce qui fut le cas pour notre malade. **Conclusion** : L'Olanzapine est susceptible d'induire des pancréatites aiguës graves qu'il faut savoir reconnaître afin de mettre en place le cas échéant, le traitement adéquat. Il semblerait également impératif d'instaurer un suivi biologique systématique chez les patients traités par des antipsychotiques de seconde génération comportant un dosage de la glycémie, un bilan lipidique, pancréatique et hépatique.

P168. DRESS SYNDROME INDUIT PAR SALAZOPYRINE.

S. YAACOUBI, O. BEJI, O. MEJRI, A. AZOUZI, R. MANAI, H. HMOUDA. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU SAHLOUL. SOUSSE

Introduction : Le DRESS Syndrome (Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms) est une réaction allergique d'hypersensibilité induite par certains médicaments, pouvant mimer un lymphome malin. Elle se manifeste essentiellement par une érythrodermie, fièvre, anomalies biologiques et atteinte systémique. La mortalité est estimée à 10%. Nous rapportons un cas de DRESS syndrome à la salazopyrine avec atteinte hépatique sévère d'évolution favorable sous corticothérapie. **Observation :** Mr H.F, âgé de 35 ans, ayant comme antécédent une recto-colite hémorragique diagnostiquée il y a un mois et confirmé par histologie, sous salazopyrine (6 cp par jour) et une allergie au produit de contraste, était hospitalisé au service de médecine interne pour exploration d'une fièvre à 40, et un rash cutané prurigineux évoluant depuis une semaine avec notion de prise excessive de paracétamol (3g /j). Devant une altération de son état de conscience avec signes insuffisance hépatocellulaire sévère à la biologie, il a été transféré en réanimation. A l'examen, il présentait une hyperthermie à 40, une éruption cutanée maculopapuleuse étendue au niveau du tronc et des membres. A la biologie il présentait une cytolysse hépatique importante (ASAT 3400 UI/l , ALAT 2800 UI/l) , un TP bas à 33% Facteur V à 59% ,ammoniémie à 2 fois la normale avec hyperéosinophilie à 450 elt /mm³ . Un syndrome inflammatoire biologique a été noté avec une CRP élevée à 180 mg/ml avec un foyer de pneumopathie basale gauche suggérant une infection nosocomiale. La biopsie cutanée a révélé des foyers de parakératose avec infiltrat inflammatoire lymphohistiocytaire . les sérologies virales sont revenues négatives notamment : hépatiques A,B et C , EBV,HSV et HHV 6. Le diagnostic de DRESS Syndrome a été posé. L'arrêt de la salazopyrine et du paracétamol associé à une corticothérapie par methylprednisolone (1 mg/kg/jour) et une antibiothérapie visant les germes nosocomiaux ainsi qu'un traitement anti-viral par aciclovir ont conduit à la guérison. **Discussion :** Le diagnostic retenu dans cette observation est celui de DRESS syndrome induit par la salazopyrine. Celui ci est fondé sur trois critères : • éruption cutanée d'origine médicamenteuse ; • anomalies hématologiques : éosinophilie supérieure ou égale à $1.5 \cdot 10^9 /l$ ou présence de lymphocytes atypiques • anomalies systémiques : adénopathies supérieures ou égales à 2 cm de diamètre , ou hépatite ou néphropathie interstitielle , ou pneumopathie interstitielles , ou atteinte myocardique. Le délai d'apparition est assez tardif de deux à six semaines par rapport au début du traitement mais peut aller jusqu'à plusieurs mois. La fièvre et l'éruption cutanée sont souvent les premiers signes. Plusieurs complications viscérales, mettant en jeu le pronostic vital, peuvent survenir : hépatite fulminante, pneumopathie interstitielle à éosinophiles, néphropathie interstitielle, péricardite, myocardite, pancréatite. La mortalité reste élevée (10% environ). L'arrêt du traitement incriminé doit être immédiat. La guérison n'est obtenue qu'après plusieurs semaines. Des cas de rechutes ont été signalés, en particulier dans les DRESS sous anticonvulsivants. La corticothérapie reste la thérapeutique la plus utilisée, Elle devient systématique dans les cas sévères et donne des résultats spectaculaires.

P169. BAROTRAUMATISME VIOLENT COMPLIQUANT UNE INTUBATION RETROGRADE : CASE REPORT

A. TRIFI1, M. BOUZIDI1, A. MAKNI2, S. ABDELLATIF1, A. BEN ABDERRAHIM1, A. SAIDANI2, F. DALY1, W. AMARA1, H. NAIFER1, S. BEN LAKHAL1, Z. BEN SAFTA2. 1. REANIMATION MEDICALE CHU LA RABTA. 2. CHIRURGIE GENERALE CHU LA RABTA

Introduction : La prise en charge de l'intubation difficile survenant dans le cadre de la médecine d'urgence repose sur l'utilisation de techniques alternatives. Une des techniques les plus anciennement connues est l'intubation rétrograde, technique simple, mais peut également exposer à certaines complications dont notamment les complications barotraumatiques. **Observation :** Nous rapportons le cas de Mr GH, grand tabagique, insuffisant respiratoire chronique au stade d'OLD, admis en réanimation médicale LA RABTA pour EABPCO. Initialement vu aux urgences où il a eu des nébulisations, une corticothérapie et une oxygénothérapie avec évolution défavorable respiratoire et neurologique amenant à l'intubation qui s'est avérée difficile par voie oro-trachéale (obésité, cou court, macroglossie)

d'où la conversion à la voie rétrograde puis transféré dans notre service. L'examen à l'admission trouve un patient intubé ventilé sédaté, TA=13/6, Des râles sibilants à l'auscultation des 2 CP, Un abdomen distendu, ballonné, tympanique, Un emphysème sous cutané, des pressions intrathoraciques élevées. A la Rx thorax : pneumopéritoine + pneumomédiastin. Un complément tomodensitométrique a objectivé : Un pneumo-médiastin antérieur + pneumopéritoine de grande abondance, un emphysème sous-cutané cervical par ailleurs une bronchopneumonie bilatérale. L'évolution initiale a été marquée par l'installation d'une DMV (hypoxémie avec \nearrow PIT, anurie, IHC, AMG, pancréatite stade C) rattaché à un Sd compartimental aigu secondaire à l'hyperpression intraabdominale aigue malgré une VMC protectrice (ZEEP), Un geste de décompression (exsufflation) a été alors pratiqué. L'évolution ultérieure a été favorable sur le plan clinique et biologique permettant le sevrage progressif de la VMC(J23). **Discussion** : L'intubation rétrograde est technique, dont plusieurs études, la plupart anciennes, ont rapporté une certaine efficacité en médecine d'urgence est de réalisation parfois difficile. Ses indications sont limitées par la disponibilité des autres techniques moins invasives et le risque majeur de barotraumatisme dont l'incidence est estimée à 3% mais plus élevée si opérateur non entraîné et s'accompagne d'une prolongation de la durée de séjour, de la VMC et d'une mortalité plus importante par le biais de l'hyperpression brutale intrathoracique et intraabdominale imposant une ventilation conservatrice. Le médiastin communique avec les espaces sous mandibulaires et rétropharyngés. L'extension vers le péritoine se fait via les attachements sternocostaux du diaphragme en antérieur et les fascias periaotiques et perioesophagiennes en postérieur. Généralement le pneumomédiastin et le pneumopéritoine se résorbent spontanément au bout de 14 jours en moyenne tout en assurant une ventilation conservatrice. Toute fois lorsque la pression intraabdominale excède 25-30 mm Hg ou en cas de souffrance viscérale tel le cas de notre patient une décompression de sauvetage s'impose. **Conclusion** : Dans certaines situations d'intubation orotrachéale difficile ma voie rétrograde garde une place essentielle, en raison de sa rapidité et de son faible taux d'échec après apprentissage néanmoins les complications barotraumatiques sont fréquents et peuvent être grevés d'une mortalité considérable par les conséquences néfastes de l'hyperpression brutale engendrée et impose une prise en charge appropriée : ventilation conservatrice et parfois recours à une décompression chirurgicale.

P170. DRUG RASH WITH EOSINOPHILIA AND SYSTEMIC SYMPTOMS (DRESS) SYNDROME SECONDAIRE A LA PRISE DE L'AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE : A PROPOS D'UN CAS.

I. FATHALLAH, N. BOUSSETA, A. TLIBA, F. AJILI, I. GHARSALLAH, I. METOUI, N. BEN ABDELHAFIDH, J. LABIDI, R. BATIKH, B. LOUZIR, S. OTHMANI

Introduction : Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) est une réaction médicamenteuse aiguë associant une éruption cutanée, une hyperthermie, des adénopathies diffuses, une éosinophilie sanguine et des atteintes viscérales variées. Il est potentiellement grave, avec une mortalité estimée à 10 %. **Observation** : Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 80 ans hospitalisée dans notre service pour altération de l'état général. L'histoire de la maladie remonte à 2 semaines la patiente a présenté une symptomatologie respiratoire, elle a été mise sous Augmentin l'évolution a été marquée par l'installation d'une asthénie et des troubles digestifs. L'examen initial trouve un ictère conjonctival, des signes de déshydratation un état hémodynamique stable des lésions de grattage. A la biologie une cytolyse à 8 fois la normale une cholestase, une hyperleucocytose et une hyper éosinophilie. Une échographie et un scanner abdominal ont été demandés revenus sans anomalie, sérologies virales (hépatite B, C, CMV) sont négatives examen parasitologique des selles négatif, les marqueurs tumoraux négatifs. Le diagnostic de DRESS syndrome a été retenu et

la patiente a été mise sous corticothérapie avec bonne évolution disparition de l'hyper éosinophilie et amélioration de la cholestase. **Conclusion** : L'amoxicilline/acide clavulanique est une cause exceptionnellement décrite de DRESS syndrome. L'hépatite cholestatique grave compliquée de prurit invalidant est une manifestation possible, d'évolution favorable corticoïdes et échanges plasmatiques.

P171. REACTION ALLERGIQUE DUE A L'ALDOMET CHEZ UNE FEMME ENCEINTE A PROPOS D UN CAS.

M. MAHFOUDH, B. GAFSI, W. FRIGUI, S*. KWASS, Y. MEKSI, L. GRATI, M. SAKKOUHI.

Introduction : l'Aldomet® ; cette molécule constitue le traitement de choix de l'hypertension artérielle survenant au cours de la grossesse(6). Les réactions allergiques dues à l'Aldomet® sont très rares. Nous rapportons le cas d'une allergie vraisemblablement secondaire à l'utilisation de l'Aldomet survenue en cours de grossesse. **Observation**: Il s agit d une parturiente âgée de 31 ans, sans antécédents allergiques, enceinte à 31 semaines d aménorrhée admise au service Gynéco-obstétrique pour toxémie gravidique pour laquelle elle a été mise sous Aldomet® à raison d un comprimé trois fois par jour. Le jour même de l'admission, on a noté l'apparition de plaques prurigineuses d'érythème plus ou moins étendues et disséminées sur toutes les surfaces corporelles sans épargner aucune, avec prédominance au niveau des régions à peau mince (aisselles, visage ...)qui était notée.. L'absence d'amélioration suite a l'éviction de différents allergènes potentiels (changement des draps, utilisation de sparadrap hypoallergénique..) Mais toutefois la disparition rapide de ces lésions après la substitution de l'Aldomet® par le Loxen® LP ont mener à suspecter qu'il s agit d'une allergie à l'Aldomet®; en absence d'autres thérapeutiques associées. L'évolution était favorable sous traitement symptomatique. **Discussion** : Ce cas clinique semble être l'une des réactions allergiques dues au Méthyldopa. Les circonstances d'apparition de l'érythème, sa disparition rapide suite a l'arrêt de Méthyldopa(4), l'origine allergique probable de la réaction cutanée ainsi que l'absence d'autres traitements associés semblent tous être des preuves suffisantes pour établir la relation de cause à effet entre l'administration de Méthyldopa et l'allergie survenue. Plusieurs références de la littérature, ainsi que notre cas ici présenté, bien que peu nombreux , attestent du caractère allergène éventuel de Méthyldopa chez certains patients et qui est à envisager. **Conclusion**: En cas de survenue de manifestations allergiques, l'utilisation de l'Aldomet® doit figurer comme étiologie probable à investiguer ; même si ce n'est pas la cause la plus fréquente ; surtout dans un contexte gravidique.

P172. DUAL BLOC A PROPOS D'UN CAS.

I.ELEUCH, L. CHAARI, M. BOUJELBENE, O. TURKI, O. CHAKROUN, I. RJAB, A. NASRI, T. GHAINIA, AD. CHAARI, N. REKIK.

Introduction: La curarisation résiduelle reste fréquente malgré la mise à disposition de nouveaux curares de plus en plus maniabes. Dans certains cas elle est en rapport avec un déficit en cholinestérase qui est à l'origine d'un bloc neuromusculaire « Dual bloc ». Compte tenu de sa dangerosité nous rapportons un cas de Dual Bloc ayant survenu après une cholécystectomie afin de citer l'intérêt des moyens de détection et les mesures de précaution. **Observation**: Femme de 42 ans, sans antécédents pathologiques, opérée pour cholécystectomie. L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Après 30 min de l'extubation la patiente à développer une hypoventilation alvéolaire avec une hypoxie, une décurarisation par l'association prostigmine-atropine a échoué, la patiente est intubée et reventilée de nouveau et admise dans notre service. Le diagnostic d'un dual bloc est retenu

devant une activité cholinestérasique basse 1990 U/l. L'évolution a été favorable dans les premières 24 heures. Commentaires : La curarisation résiduelle reste fréquente avec une incidence variable. Elle est responsable de 50 % des cas d'insuffisance respiratoire postopératoire. Elle peut s'observer même 2 heures après l'administration d'une dose unique d'un curare de durée d'action intermédiaire. Plusieurs éléments peuvent être en cause dont le déficit en cholinestérase congénital ou acquis. En cas de déficit enzymatique il y'aura une prolongation inattendue de la curarisation. Conclusion : La méconnaissance d'un déficit en cholinestérase expose au risque de Dual bloc. L'usage adapté des curares et le monitoring per et postopératoire diminue l'incidence de ce risque.

P173. HEMORRAGIES GRAVES SOUS AVK : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE

S. HOUIMLI, D. CHIBOUB, W. KAMKOUM, K. MAJED, S. LAHMAR, D. BELASFAR, S. OTHMANI, A. HAMAMI, C. HAMOUDA, N. BORSALI FALFOUL. SERVICE DES URGENCES. CHU LA RABTA

Introduction : Les accidents hémorragiques sont les principales complications du traitement par les AVK. Ils représentent la première cause des accidents iatrogènes. L'administration précoce du PPSB dans les hémorragies graves peut changer le pronostic sombre de ces patients. L'objectif de notre étude était d'étudier la prise en charge en urgence des malades présentant une hémorragie grave sous AVK. **Patients et méthode** : Il s'agit d'une étude mono-centrique, descriptive et rétrospective sur une période de 6 mois, incluant les patients hospitalisés au service des urgences la Rabta pour surdosage en AVK, nous avons relevé les caractéristiques cliniques, biologiques et thérapeutiques. **Résultats** : Nous avons colligé 29 patients admis pour accidents hémorragique graves sous AVK, 60% étaient de genre masculin avec une moyenne d'âge à 66 ans. Les ATCD les plus fréquents étaient l'HTA dans 69% des cas, AVC ischémique dans 20% des cas. A noter que l'insuffisance rénale a été retrouvée chez 14% des patients. Le motif de consultation était une altération de l'état de conscience dans 24% des cas dont 85% avaient un score de Glasgow inférieur à 10. Le diagnostic d'AVC hémorragique a été porté chez 34% des cas, d'hémorragie digestive dans 27% des cas et des parties molles ou des muqueuses dans 27% des cas. Le TP était hors plage de mesure dans 37% des cas et l'INR était supérieure à 2,5 dans 62% des cas. Le taux d'hémoglobine était inférieur à 8g/dl dans 42% des cas. Le traitement par du PPSB a été indiqué chez 65% des cas à la dose de 1ml/kg avec une efficacité thérapeutique chez 65% des patients après la première dose. Une deuxième dose a été indiquée chez 3 patients. La vitamine K a été prescrite chez 48% des patients. La transfusion sanguine a été indiquée dans 27% des cas. L'évolution a été favorable chez 76% des cas avec une mortalité à 20%, 4%. Les malades ayant eu un saignement intracrânien avaient un le pronostic le plus précaire. La durée moyenne de séjour dans notre service était de 36 heures (1-142heures). **Conclusion** : L'évolution a été favorable dans la majorité des cas cependant la localisation intracrânienne paraît être un facteur de mauvais pronostic en dépit de l'administration précoce de PPSB

P174. ALLERGIE AU TRIFLUCAN : A PROPOS DE UN CAS

M. MAHFOUDH, B. MEDDEB, R. CHRIGUI, R. JOUINI, W. FRIGUI, W. NAIJA, H. CHEMCHIKH, R. SAID. SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION. CHU SAHLOUL. SOUSSE.

Observation: patient âgée de 34 ans ,admis au service d anesthésie réanimation pour prise en charge d un traumatisme crânien grave suite a un AVP.A j 13 d hospitalisation ,j 2 d'arrêt de la sedation,avec un G=7/15,le patient a présenté des urines troubles, une fièvre a 38,5,un

ECBU et un PTP ont été pratiqués montrant la présence de candidas albicans . Le patient a été mis alors sous triflucan 200mg *2/j puis 200mg /j. A noter que le patient a été mis sous haldol j3 à la sonde gastrique. 12 heures après sa mise sous triflucan ,le patient a présenté, des plaques cutanées érythémateuses au niveau du tronc ,du cou et des membres supérieurs. L'haldol et le catapressan ont été arrêtés et le triflucan ont été arrêtés, il a reçu 200 mg d HSHC et les taches ont partiellement disparus au bout de 2 heures, avec une FC NORMAL. Puis on a remis sous triflucan: dose test :10 gouttes en perfusion lentes mais il ya eu une réapparition des taches cutanées préexistantes et le patient a des frissons , une tachycardie à 120/min, une légère hypertension à 15 /10.le patient a reçu 100 mg d'HSHC et 8mg d unidex.la symptomatologie s est résolue dans une demi heure.et le diagnostic d allergie au triflucan a été retenu. Discussion: Lors d essais cliniques menés chez plus de 4000 malades qui ont reçu DIFLUCAN (fluconazole) pendant 7 jours ou plus, on a observé des effets indésirables dans 16 % des cas. On a dû mettre fin au traitement chez 1,5 % des malades traités à cause des effets indésirables et chez 1,3 %, à cause d anomalies des résultats d analyses. On a observé une plus grande fréquence d effets indésirables chez les sujets infectés par le VIH (21 %) que chez les sujets non infectés (13 %); cependant, l expression des effets indésirables du fluconazole s est révélée comparable. La proportion de malades ayant abandonné le traitement à cause des effets indésirables a été similaire dans les 2 groupes (1,5 %). Les effets indésirables les plus graves observés lors des essais cliniques avec DIFLUCAN ont été les suivants : - les atteintes cutanées exfoliatives et - la nécrose hépatique. Étant donné que la plupart des patients souffraient d une maladie sous-jacente grave (principalement de sida et de cancer), pour laquelle ils recevaient de nombreux médicaments pouvant exercer un effet hépatotoxique ou s associant à une atteinte cutanée exfoliative, la relation de cause à effet entre ces réactions et le fluconazole n est pas clairement établie. Deux cas de nécrose hépatique et un cas d atteinte cutanée exfoliative (syndrome de Stevens-Johnson).

THEME DIVERS

P175. LE SYNDROME DE GOOD PASTURE : A PROPOS D'UN CAS HOSPITALISÉ EN REANIMATION.

A. BEN ABDERAHIM, F. DALY, S. ABDELLATIF, A. TRIFI, R. NASRI, M. OUESLATI, R. MANNAI, M. BOUZIDI, H. KALLEL, S. BEN LAKHAL.

SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. HOPITAL LA RABTA

Introduction : Le syndrome de Good Pasture (SGP) est une affection très rare d'origine auto-immune. Nous rapportons le cas d'un patient adressé pour complément de prise en charge d'un syndrome de tresse respiratoire associé à une insuffisance rénale qui s'est révélé en rapport avec un SGP. **Observation** : Il s'agit du patient O.H de sexe masculin âgé de 31 ans et tabagique à 20 PA admis dans notre service pour complément de prise en charge d'une détresse respiratoire. L'examen à l'admission trouve un patient fébrile à 38°C, une polypnée et des signes de luttés respiratoires avec à l'auscultation des crépitations aux deux champs pulmonaires. La gazométrie objective une hypoxémie, une désaturation et une acidose métabolique décompensée. La radiographie de thorax montre des opacités interstitielles diffuses. A la biologie, une insuffisance rénale, un syndrome inflammatoire, une anémie hypochrome microcytaire, une hématurie et une protéinurie. Mis sous oxygénothérapie à fort débit et sous une antibiothérapie empirique, un bilan étiologique surtout immunologique devant le syndrome pneumo-rénal à été demandé. Ce dernier a révélé 24 h plus tard, des anticorps anti membrane basale glomérulaire fortement positif. Le diagnostic de SGP a été retenu et le patient est mis sous corticoïdes, immunosuppresseurs et a bénéficié d'échanges plasmatiques. L'évolution est marquée par la persistance de l'hypoxémie et l'absence d'amélioration de la fonction rénale nécessitant le recours à

l'épuration extra-rénale. Le patient est décédé à J9 d'hospitalisation devant une hypoxémie réfractaire malgré l'intubation et la ventilation mécanique. **Discussion** : Le SGP est une maladie qui touche essentiellement les sujets de sexe masculin de la 2^{ème} et 3^{ème} décade, ce qui est le cas dans notre observation. Le diagnostic est essentiellement évoqué devant la présence d'un syndrome pneumo-rénal. Le SGP est une urgence thérapeutique qui repose sur la triade : corticoïdes, immunosuppresseurs et échanges plasmatiques. Le pronostic s'est nettement amélioré dans le temps, passant de 90% de mortalité dans les années 1960 à 15 à 20% actuellement après l'avènement des corticoïdes et des immunosuppresseurs. Les facteurs de mauvais pronostiques chez notre patient entaient le chiffre de créatinine supérieur à 500 µmol/l, le recours à l'épuration extra-rénale et à la ventilation mécanique et le retard diagnostic de la maladie (1^{er} symptôme remonte à quelques mois fait d'hémoptysie). **Conclusion** : Le SGP est une maladie rare mais qui peut engager le pronostic vital et rénal du patient. L'évolution de cette affection même sous traitement bien conduit est imprévisible, soudaine et fulminante nécessitant un diagnostic précoce surtout devant une hémorragie intra-alvéolaire.

P176. SDRA SUITE A UNE HEMORRAGIE INTRA-ALVEOLAIRE REVELATRICE D'UN SYNDROME DE GOODPASTURE

R. CHRIGUI, MS. NAKHLI, A. AJINA, A. GAALOUL, F. HAFI, H. CHEMCHIK, R. SAÏD
SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL - SOUSSE

Introduction : Le syndrome de Goodpasture fait partie des syndromes pneumorénaux. Il associe une atteinte pulmonaire se traduisant par une hémorragie intra-alvéolaire et une atteinte rénale avec une glomérulonéphrite rapidement progressive. L'hémorragie intra-alvéolaire est rarement foudroyante. **Observation** : Il s'agit d'un patient de 23 ans sans antécédents pathologiques, son histoire remontait à 30 jours avant son admission en réanimation marqué par la survenue d'un syndrome nephretique aigu avec un taux de créatininémie de 2434 µmol/l associé à une hémoptysie. Le diagnostic de Goodpasture était confirmé par des anticorps anti-MBG positifs. La biopsie rénale était non concluante. Le patient a eu 3 bolus de méthylprednisolone, un traitement immunosuppresseur par endoxan 500 mg suivi de séances d'échange plasmatique. Suite à la survenue d'une hémoptysie de grande abondance et une détresse respiratoire le patient a été transféré en réanimation, dans un tableau de SDRA (PaO₂/FiO₂ < 100) nécessitant le recours à une assistance ventilatoire mécanique protectrice, une curarisation et des séances de décubitus ventral. Par ailleurs le patient a eu des fibro-aspirations bronchiques et des séances de plasmaphérèse. L'évolution a été marquée par l'échec du sevrage respiratoire suite à la persistance du saignement intra-alvéolaire. Le patient décède après 2 semaines d'hospitalisation en réanimation dans un tableau de SDRA réfractaire. **Discussion** : Le syndrome de Goodpasture associe une atteinte pulmonaire à une atteinte rénale (glomérulonéphrite extra capillaire). Il survient typiquement chez l'homme avec deux pics de fréquence: entre 20 et 30 ans et après 50 ans. Il se manifeste par une dyspnée croissante et des hémoptysies d'abondance variable associée à un tableau clinique de glomérulonéphrite rapidement progressive (GNRP). Le diagnostic est établi par l'identification d'anticorps anti-MB au niveau glomérulaires et alvéolaires. L'incidence annuelle est faible: 0,5-1 cas/million d'habitants La physiopathogénie de ce syndrome demeure mal connue. Une composante génétique est incriminée. Dans ¾ des cas, la maladie se révèle par l'atteinte pulmonaire crachats hémoptoïques répétés. Les anticorps dirigés contre les membranes basales sont présents chez près de 80 % des patients et permettent le diagnostic. En absence d'anticorps sériques, le diagnostic est possible par biopsie rénale, qui permet après coloration spéciale de faire apparaître les anticorps sur les membranes basales glomérulaire. Le traitement repose sur l'association corticoïdes + immuno -suppresseurs à forte doses. La plasmaphérèse est utile pour éliminer les auto-anticorps circulants. Le traitement du SDRA ne révèle aucune particularité à part la corticothérapie par voie générale qui peut améliorer le pronostic si introduite précocement.

P177. COUP DE CHALEUR MORTEL : UNE PATHOLOGIE A NE PAS MECONNAITRE

A.AJINA, MS. NAKHLI, T. GUIZANI, H. ECHHOUMI, A. GAALOUL, H. CHEMCHIK, R. SAÏD.
SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION CHU SAHLOUL - SOUSSE

Introduction : Le coup de chaleur est une urgence médicale, qui peut engager le pronostic vital. Il associe un syndrome neurologique, une hyperthermie majeure > 40 °C, des troubles cardiovasculaires, une rhabdomyolyse, des troubles hydro électrolytiques et acido-basiques et des troubles d'hémostase allant jusqu'à une défaillance multi viscérale et le décès.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 46 ans travaillant comme agent de sécurité dans un hôtel hospitalisé dans notre service au mois de juillet 2012 dans un tableau de coma fébrile. L'anamnèse faite à postériori avec son entourage trouve la notion d'exposition prolongée à une forte chaleur (plein soleil) pendant ses heures de travail, la température ce jour était de 41° à l'ombre. Le patient a présenté après son service une altération de l'état de conscience avec un score de Glasgow à 3 d'où son admission en réanimation après intubation et sédation. A l'admission, il présentait une forte pyrexie à 42,3°, une tachycardie à 120 bpm sans collapsus cardio-vasculaire. Le scanner cérébral est revenu sans anomalies, ainsi que le bilan toxicologique et infectieux (Ponction lombaire). Au cours de l'hospitalisation, on notait l'installation d'une insuffisance rénale (créatinémie à 850µmol/l), une rhabdomyolyse (CPK à 2240 UI/l, LDH à 960 UI/l), une thrombopénie à 54000/mm³, une insuffisance hépato-cellulaire sévère (TP à 36%, ASAT 221 UI/l, ALAT 186 UI/l), une acidose métaboliques profonde (pH à 6,99, bicarbonates à 11,9 mmol/l). Le patient a été mis sous Acyclovir dès l'admission dans l'hypothèse d'une méningo-encéphalite herpétique grave. Ce diagnostic sera écarté par la suite après résultat de la PL. Malgré un traitement symptomatique rapidement instauré, le patient est resté fébrile, avec apparition progressive d'une défaillance multi viscérale, entraînant son décès après 4 jours de son admission. **Discussion** : Le coup de chaleur ou insolation grave est une urgence médicale, le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du traitement. L'insuffisance rénale et l'atteinte hépatique sont presque toujours présentes dans les cas graves. L'hypoxie et la baisse du débit sanguin rénal et hépatique semblent être les deux principaux facteurs. La perméabilité membranaire est elle aussi perturbée conduisant à des désordres métaboliques cellulaires. Il est essentiel d'abaisser rapidement la température centrale afin de garantir une guérison sans séquelles. Le tableau clinique est celui d'une fièvre avec troubles neurologiques. Une température centrale à l'admission > 41° a été démontrée comme facteur de mauvais pronostic [Marfesi. A ; Presse méd. 2008].

P178. FAUT -IL HOSPITALISER TOUTE DOULEUR THORACIQUE ?

MF. ABBES, H. BEN GHEZALA., J. BOUMIZA, A. DOGHRI., M. KADDOUR, L. NAIRI, BEN K. TAHER. SERVICE DES URGENCES ET DE SOINS INTENSIFS. HOPITAL REGIONAL DE ZAGHOUAN.

Introduction : Les affections organiques ou fonctionnelles susceptibles d'occasionner des algies thoraciques sont nombreuses, sans parallélisme entre la gravité de l'affection responsable et l'intensité de ce symptôme. La décision d'hospitalisation du patient repose sur l'analyse soigneuse de la symptomatologie et du terrain. **Observation** : Il s'agit de Monsieur AA. âgé de 52 ans, cumulant comme facteurs de risque cardio-vasculaire : une dyslipidémie, un stress. Il a été adressé à nos urgences pour douleur thoracique atypique, à irradiation postérieure, évoluant depuis 04 heures. L'ECG était en faveur des anomalies précoces de la repolarisation, sans véritable systématisation. Les enzymes cardiaques (CPK, CPK MB, Troponines) étaient négatives. L'échographie-Doppler cardiaque réalisée à H6 était strictement normale. Compte tenu du caractère partiellement résolutif de la douleur,

on a décidé de faire hospitaliser le patient. Ce n'est qu'à la dixième heure, qu'on a constaté une élévation enzymatique, avec normalisation électrique. Le diagnostic d'une nécrose myocardique rudimentaire a été retenu. La coronarographie a révélé une atteinte tritonculaire, nécessitant une revascularisation complète par angioplastie coronaire. **Conclusion** : L'intrication entre douleur thoracique en rapport avec une ischémie myocardique et la douleur d'allure anorganique est fréquente, en particulier dans un contexte d'urgence ; la réalisation d'un ECG est le plus souvent indispensable. En cas d'anomalies électriques même mineures, surtout si le patient présente des facteurs de risque cardiovasculaire, une courte hospitalisation est souvent nécessaire, afin d'éliminer toute arrière-pensée d'ischémie myocardique, parfois déclenchée par un épisode de stress.

P179. LE DROIT A L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT DU PATIENT DANS UN SERVICE DE REANIMATION ; QUELLES PARTICULARITES ?

W. THALJAWI, M. ALLOUCHE, M. SHIMI, Y. CHKIRBENE, M. ZAAFRANE, F. GLOULOU, BEN KHELIL .M, M. HAMDOUN.

UNIVERSITE DE TUNIS EL MANAR, FACULTE DE MEDECINE DE TUNIS, HOPITAL CHARLES NICOLLE, SERVICE DE MEDECINE LEGALE, TUNIS-TUNISIE.

Introduction : L'information du malade est une base fondamentale de la relation médecin-malade. Durant son séjour en réanimation, le malade est dépendant d'équipements techniques et de compétences humaines pour le support d'au moins une fonction vitale. Ce contexte particulier fait que la plupart des patients ne sont pas en mesure d'être informés ou de communiquer leurs souhaits concernant leur prise en charge. Face à ce déficit contextuel de possibilité d'information les équipes de réanimation s'adressent spontanément aux proches des patients. Les difficultés du patient à communiquer et sa représentation par les membres de sa famille, ne doivent néanmoins pas mener les réanimateurs à se soustraire aux principes généraux et aux exigences de l'information chaque fois que possible. L'objectif de l'information répond à un triple impératif: – respecter les principes éthiques de la relation médecin-malade ; – satisfaire les règles déontologiques; – répondre à l'exigence légale du consentement aux soins. Nous nous proposons dans ce travail de passer en revue les différents textes juridiques et réglementaires en matière de droit d'information en Tunisie. Nous discuterons les caractéristiques et les particularités de l'information et du consentement en milieu de réanimation.

P180. DRESS SYNDROME : A PROPOS DE 8 CAS

H. BOUSSAID, H. BEN BRAHIM, M. BEN NASR, A. AOUAM, A. TOUMI, C. LOUSSAIEF, M. CHAKROUN.

SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES, CHU FATTOUMA BOURGUIBA MONASTIR, TUNISIE.

Introduction: Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) défini initialement comme une toxidermie grave, est considéré aujourd'hui comme un syndrome induit par des médicaments pouvant mettre en jeu le pronostic vital par la survenue de manifestations viscérales sévères.

Matériel et méthode : Etude rétrospective incluant les patients hospitalisés dans le service de maladies infectieuses du CHU Fattouma Bourguiba Monastir et ayant présenté un DRESS syndrome. Résultats : Huit cas de DRESS étaient recensés. Les médicaments incriminés étaient la Salazopyrine dans 4 cas, le Cefotaxime dans 2 cas, la Teicoplanine dans un cas et la Carbamazépine dans un cas. Les malades étaient âgés en moyenne de $31,8 \pm 10,9$ ans (14 - 49 ans) et répartis en six hommes et deux femmes. Le délai moyen d'apparition des symptômes par rapport à la prise médicamenteuse était de $27,2 \pm 16,5$ jours

(12-60 jours). La fièvre ainsi que l'éruption cutanée étaient notées dans tous les cas. Le caractère prurigineux de l'éruption était noté dans six cas. Une polyadénopathie généralisée était observée dans 6 cas (75%). Un syndrome œdémateux était noté dans 4 cas. La biologie avait montré une cytolysé hépatique dans tous les cas avec un taux moyen des ALAT à 438 ± 611 UI/L (50 – 1904 UI/L) et des ASAT à 387 ± 442 UI/L (45 – 1409 UI/L). Aucun malade n'avait présenté une insuffisance rénale. Une hyper éosinophilie était notée dans 7 cas (87,5%) avec un taux moyen des éosinophiles à 1428 ± 1018 /mm³ (0 – 2900/mm³). Un syndrome mononucléosique était noté dans 5 cas (62,5%). Tous les malades avaient un taux élevé de LDH avec un taux moyen de 837 ± 513 UI/L (220-1519 UI/L). Les médicaments incriminés dans la genèse du DRESS syndrome étaient arrêtés dans tous les cas. Tous les malades avaient bénéficié d'un traitement symptomatique et un seul malade avait bénéficié d'un traitement corticoïde. La disparition des symptômes à l'arrêt du médicament en cause était notée dans tous les cas. **Conclusion** : Le DRESS occupe une place très particulière au sein des toxidermies, ce qui justifie une prise en charge spécifique, rapide et prolongée nécessitant un arrêt définitif du médicament en cause.

P181. LE DRESS SYNDROME: PARTICULARITES CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES : A PROPOS D'UN CAS

K. MEDDEB(1), A. MRAD(1), Y. BLEL(1), I. SEDGHIANI(1), S. HABACHA(1), M. MARZOUK (1), A. KAROUI(2) H. ELGHORD, N. KOURAICHI, H. THABET, N. BRAHMI(1), M. AMAMOU (1). CAMU. Tunis

Introduction : Le DRESS syndrome (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) ou syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse est une toxidermie sévère greffée d'une mortalité non négligeable, dont le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments Clinique et biologique. **Observation** : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 33 ans, admis en réanimation pour une éruption cutanée généralisée associée à une urticaire. Dans ses antécédents, nous avons noté une épilepsie essentielle pour laquelle il était traité par la carbamazépine à la dose de 800 mg par jour depuis un mois. L'examen clinique a objectivé une fièvre à 38°C, une érythrodermie avec des œdèmes prédominant au niveau du cou et de la face ainsi que plusieurs adénopathies cervicales. Les examens biologiques ont montré une hyper-éosinophilie à 1100 éléments/mm³, une cytolysé hépatique avec des transaminases à 3 fois la normale, une C-Réactive Protéine à 96 mg/l, avec une fonction rénale correcte. Les sérologies virales n'ont pas montré de réactivation pour l'Epstein-Barr Virus (EBV), le Herpes simplex virus type 1 et 2 (HSV1, HSV2), le Human Herpes virus type 6 (HHV6). Le diagnostic de DRESS syndrome a été retenu devant des critères cliniques: l'érythrodermie, les adénopathies cervicales, la fièvre; et biologiques: une hyper-éosinophilie, un syndrome inflammatoire biologique et une cytolysé hépatique. La carbamazépine a été incriminée dans la genèse du DRESS syndrome devant le délai d'un mois entre la prise du médicament et l'apparition de la symptomatologie en dehors d'une autre thérapeutique associée. Notre conduite était d'arrêter la carbamazépine et de la remplacer par le Valproate de sodium. L'évolution était favorable avec régression des signes cutanés et de l'œdème ainsi qu'une stabilisation du taux de polynucléaires éosinophiles et des transaminases permettant sa sortie au bout de 6 jours. **Discussion** : La physiopathologie du DRESS syndrome repose sur des mécanismes complexes et souvent intriqués faisant intervenir une hypersensibilité retardée vis à vis du médicament incriminé, une réactivation virale, surtout pour EBV et HHV6, à l'occasion d'une immunodépression, une carence en vitamine D et des facteurs Génétiques. Dans notre observation la réactivation virale n'a pas été objectivée. **Conclusion** : Le DRESS syndrome est une toxidermie sévère dont le traitement est basé sur l'arrêt du médicament responsable. Cependant une récurrence clinico-biologique en dehors de toute réintroduction a été rapportée d'où l'intérêt d'un suivi prolongé des patients.

P182. LUPUS INDUIT A FORME FULMINANTE SECONDAIRE A UN TRAITEMENT NEUROLEPTIQUE

I. CHOUCHE, A. KHEDER, R. BOUNEB, J. BAROUDI, A. FARJALLAH, M. ABBES M, Y. KHEDIRI, S. BOUCHOUCHA. SERVICE DE REANIMATION MEDICALE. CHU FARHAT HACHED. SOUSSE

Introduction : Les lupus induits ont habituellement une expression clinique discrète et sont le plus souvent diagnostiqués sur des paramètres immunologiques associés aux critères chronologiques impliquant un médicament ou un facteur environnemental. Observation : Mme BH âgée de 69 ans, est traitée depuis près de 40 ans pour une schizophrénie par chlorpromazine 100 : 3cp/j Halopéridol (50 gouttes /3fois par jour) et bipéridène LP 4mg : 2cp/j. Installation brutale le 14/08/2008 d'une hyperthermie à 40°C associée à des arthromyalgies et un état d'obnubilation. Un traitement ambulatoire par antibiotiques et antipyrétiques durant deux semaines reste sans effets. La patiente est hospitalisée le 28/08/2008 en soins intensifs où elle est intubée et ventilée en raison de l'aggravation des troubles de la conscience (Glasgow à 7) le traitement neuroleptique est stoppé dès l'admission. L'examen clinique révèle la persistance d'une fièvre à 40°C avec état cardiocirculatoire conservé (PA : 140/5 ; FC : 140c/min) et l'absence de signes de localisation neurologique, de signes méningés ou d'éléments en faveur d'un syndrome malin des neuroleptiques. Le bilan infectieux clinique et paraclinique est négatif (LCR, hémocultures, ECBU, PTP, TDM cérébrale et thoraco-abdominale). La leucocytose oscille entre 10000 et 20000/mm³ et les CPK 0 340UI/L. La mise en évidence d'une polysérite à la TDM Thoraco-abdominale (épanchement pleural, péricardique et péritonéal de faible abondance), de lésions de vascularite à l'IRM cérébrale et la survenue d'un BAV type Mobitz II nécessitant la mise en place d'un entraînement électro systolique transitoire suggèrent une maladie systémique. Le diagnostic de maladie lupique est confirmé par le bilan immunologique (AAN, AntiDNA natifs et antinucléosomes positifs). L'évolution de la patiente est lentement et spontanément favorable après l'arrêt des neuroleptiques : réveil à j10, lente défervescence thermique aboutissant à l'apyrexie complète à j38. Sortie de la patiente à j70 sous un nouveau traitement neuroleptique : solian 400mg/j

Discussion et conclusion : il s'agit à notre connaissance du premier cas de lupus induit à forme fulminante et polysystémique (arthromyalgies, polysérite, vascularite cérébrale) confirmé par le bilan immunologique. Un syndrome malin des neuroleptiques, seul diagnostic différentiel envisageable à l'admission a rapidement été écarté du fait de l'absence de signes musculaires (Hypertonie, Rhabdomyolyse). La responsabilité des neuroleptiques (chlorpromazine en particulier) est attestée par la régression de la symptomatologie et la normalisation du bilan immunologique après arrêt du traitement.

P183. UNE SARCOÏDOSE CARDIAQUE REVELEE PAR UN TROUBLE DE RYTHME CARDIAQUE A PROPOS D'UN CAS

A. AZOUZI, S. DADAA, M. KACEM, D. BRAHMI, A. REZGUI, C. LAOUANI. SERVICE DE MEDECINE INTERNE. SAHLOUL.

Introduction : La sarcoïdose est une granulomatose multi systémique qui touche avec prédilection l'appareil respiratoire, cependant l'atteinte cardiaque est rare et de mauvais pronostic. **Observation** : Patient âgé de 52 ans aux antécédents d'une myasthénie et a bénéficié d'une thymomectomie il y'a 18 ans. Qui présente une palpitation avec une asthénie. Un bilan biologique été fait n'a pas objective d'anomalie un électrocardiogramme et un holter ECG ont révélé une bradycardie, une arythmie complète par fibrillation auriculaire et un bloc de branche droit complet. Une échographie cardiaque faite revenue normale . Une IRM cardiaque a montré une importante prise de contraste intra myocardique étendue du ventricule gauche. Le diagnostic de sarcoïdose cardiaque est évoqué. Et pour les autres localisations extracardiaque il n'a q u' un léger syndrome sec oculaire sans signes d'uveite a l'examen ophtalmique sans syndrome sec buccal (une biopsie des glandes salivaires accessoire normal). Un scanner thoracique une fibroscopie bronchique avec un lavage broncho alvéolaire, une échographie abdominale n'ont pas montré des signes en faveur

d'une sarcoïdose. Le patient est traité par une corticothérapie pleine dose 1 mg / kg / j pendant un mois avec un traitement adjuvant puis prévoir la dégression Discussion: L'atteinte cardiaque symptomatique est rare (5 %), Cependant l'atteinte histologique confirmée par les études autopsiques est beaucoup plus fréquente (20 a 30%) [1.2] Les circonstances de découverte et les signes sont, en dehors de la mort subite parfois révélatrice, des lipothymies, des palpitations, des syncopes à l'emporte pièce par trouble du rythme ventriculaire ou troubles de la conduction. Les signes d'insuffisance cardiaque sont observés dans plus d'1/3 des cas. Les anomalies électro cardiographiques les plus fréquentes sont les troubles de la conduction auriculo-ventriculaire et intra-ventriculaires (blocs de branche droite) et les troubles du rythme, essentiellement ventriculaires. Le Holter ECG sur 24 heures permet, avec une sensibilité de 67 % et une spécificité de 80 %, de dépister une sarcoïdose asymptomatique. L'échocardiographie est pathologique dans moins de 75 % des cas , montre des signes non spécifiques : anomalies septales (épaississement, dyskinésie, présence d'échos brillants hétérogènes), épaississement global des parois ventriculaires avec diminution de la fraction d'éjection, dilatation ventriculaire. Cet examen doit être couplé à une scintigraphie au thallium avec test au dipyridamole qui permet d'explorer les troubles de la microcirculation coronarienne toujours possible au cours d'une sarcoïdose En leur présence, il est possible de noter des hypofixations localisées ou une hétérogénéité diffuse qui, à un stade actif, régressent sous dipyridamole, ou lors de la redistribution et ne sont pas aggravées par l'effort. En cas de suspicion de sarcoïdose , une IRM cardiaque doit être réalisée avec injection de gadolinium **Conclusion** : La sarcoïdose cardiaque peut être une affection découverte accidentellement ou une maladie mettant la vie en danger. Les cliniciens devraient envisager la possibilité d'une cardiopathie sarcoïde dans L'évaluation d'une personne d'un jeune âge ou d'âge moyen autrement en bonne santé présentant des symptômes cardiaques, ou chez un patient atteint de sarcoïdose connue qui développe des arythmies, une anomalie de la conduction ou une insuffisance cardiaque.

P184. EVOLUTION DU PROFIL DES PATIENTS ADMIS EN REANIMATION PEDIATRIQUE SUR UNE PERIODE DE 2ANS

I. MAJDOUB, K.BAKLOUTI, L.GARGOURI, N.OMRI, W.JARRAYA, B.MAALEJ, M.HSAIRI, A.MAFOUDH.

SERVICE DE PEDIATRIE, URGENCES ET REANIMATION PEDIATRIQUES. CHU HEDI CHAKER SFAX

Objectif : Décrire l'évolution de la typologie des patients, les modalités de prise en charge et le devenir des patients hospitalisés en réanimation pédiatrique sur une période de 2 ans. Patients et méthodes : Tous les patients consécutivement hospitalisés au service de réanimation pédiatrique CHU Hédi Chaker entre le 1er Novembre 2011 au 31 Octobre 2013 ont été inclus. Nous avons recueilli les caractéristiques démographiques (âge, sexe, comorbidités,) les motifs d'hospitalisation, le mode d'entrée, les paramètres ventilatoires à l'admission, les modalités de prise en charge et l'évolution. **Résultats** : Durant la période d'étude 78 malades ont été inclus. L'âge moyen de nos malades était de 8 mois avec des extrêmes allant de 2 heures à 14 ans. On a noté une prédominance masculine dans 61,5%. La détresse respiratoire était le motif d'admission le plus fréquent dans 56,5%, elle était en rapport avec une broncho-alvéolite dans plus que 80% des cas. Environ les ¾ des patients ont nécessité une ventilation invasive. La ventilation non invasive a concerné 7,6 % de nos malades. La durée moyenne de ventilation invasive était de 4 jours avec des extrêmes allant de 12 heures à 26 jours. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 5 jours (minimum 12 heures, maximum 1 mois). La défaillance multi viscérale a été observée chez 9 cas. Les complications ont été dominées par l'infection nosocomiale certaine ou suspecte devant des critères cliniques et biologiques dans 20 cas soit 25,6% des cas. Le décès est observé dans 35%. La cause la plus fréquente est le SDRA dans 18,6% des cas. **Conclusion** : L'analyse des malades hospitalisés dans notre service de réanimation permet de conclure que la broncho-alvéolite sévère constitue le motif d'hospitalisation le plus fréquent, l'infection nosocomiale et le SDRA constituent les complications les plus fréquentes

et les plus graves. Des efforts doivent être fournis pour promouvoir la prise en charge précoce des broncho-alvéolites et la prévention des infections nosocomiales.

P185. HYPOPHOSPHATEMIES CHEZ LES BRULES EN REANIMATION: INCIDENCE, FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC

A. MOKLINE (1), L. GHARSALLAH (1), NISAB (2), H. OUESLATI (1), B. GASRI (1), I. RAHMENI (1), S. TLAILI (1), R. HAMMOUDA (1), H. FREDJ (1), A. GHANEM (2), AA. MESSADI (1)

(1) SERVICE DE REANIMATION DES BRULES, CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET DES GRANDS BRULES, TUNIS, TUNISIE (2) LABORATOIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE, CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET DES GRANDS BRULES, TUNIS, TUNISIE.

Introduction : Les hypophosphatémies sont fréquemment observées en réanimation et sont associées à une surmortalité significative. Le but de notre étude est d'évaluer l'incidence de l'hypophosphatémie chez les brûlés en réanimation, d'en identifier ses facteurs de risque et son pronostic.

Matériels et Méthodes: Etude prospective réalisée au service de réanimation des brûlés de Tunis sur une période de 6 mois. Ont été inclus, les patients ayant des brûlures avec une SCB > 20 %, hospitalisés dans les premières 24 heures post brûlure. Le dosage de la phosphatémie est fait à l'admission et contrôlé quotidiennement pour une durée de 15 jours. L'hypophosphatémie se définit pour un seuil < 0,65 mmol/L (< 25 mg/L). Elle est considérée comme modérée entre 0.32 et 0.65 mmol/l et sévère pour des seuils < 0.32 mmol/l.

Résultats : Durant la période d'étude, 80 patients ont été étudiés. L'âge moyen de la population étudiée était de 36 ans \pm 16. La SCB moyenne était de 41% \pm 18. 56% des patients ont présenté une hypophosphatémie au cours de la première semaine post brûlure. Les patients ont été repartis en 2 groupes : G1 (hypophosphatémie, n=45) et G2 (pas d'hypophosphatémie, n=35). L'âge moyen est de 40 ans \pm 17 pour G1 et de 32 ans \pm 14 pour G2 (p= 0,03). L'hypophosphatémie est corrélée à l'étendue des lésions cutanées (SCB à 43 \pm 17,5 pour G1 vs 36 \pm 16 pour G2, p=0,06), à leur profondeur (UBS à 82 \pm 58 pour G1 vs 50 \pm 35 pour G2, p= 0,007), et est associée à un risque plus élevé de survenue de sepsis. En fait, 91% des patients ayant une hypophosphatémie au cours de la première semaine post-brûlure ont développé un sepsis. La présence d'hypophosphatémie est associée à une durée de ventilation mécanique plus prolongée (10 jours pour le G1 vs 7 jours pour le G2). La mortalité globale en présence d'hypophosphatémie atteint 37,5% contre 15% en l'absence d'hypophosphatémie.

Conclusion: L'hypophosphatémie aiguë est un désordre métabolique relativement fréquent en réanimation, et possède une valeur pronostique péjorative.

P186. INSUFFISANCE SURRENALE CHEZ LES BRULES

L. GARSALLAH (1), A. MOKLINE (1), I. RAHMANI (1), B. GASRI (1), H. OUESLATI (1), S. TLAILI (1), R. HAMMOUDA (1), A. HACHANI (1), A. GHANEM (2), AA. MESSADI (1) (1) SERVICE DE REANIMATION DES BRULES, CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET DES GRANDS BRULES, TUNIS, TUNISIE; (2) LABORATOIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE, CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET DES GRANDS BRULES, TUNIS, TUNISIE.

Introduction: La brûlure grave est une situation de stress aiguë pouvant engendrer une insuffisance surrénalienne relative (ISR). Cependant, peu d'études se sont intéressées à l'incidence de cette pathologie chez ses patients. Le but de notre travail est d'évaluer l'incidence de l'IS chez les brûlés à la phase aiguë.

Matériels et Méthodes: Etude prospective menée au service de réanimation des brûlés de Tunis sur une période de 6 mois. Les patients dont l'âge > 18 ans, victimes d'une brûlure thermique et/ou électrique admis dans les premières 24 heures ont été inclus. Ont été exclus, les femmes enceintes, les patients ayant une insuffisance surrénale chronique et ceux recevant un traitement par corticoïdes durant les 6 derniers mois. Un test au Synacthène est pratiqué chez les patients retenus par une injection intraveineuse de 0,25 mg de tétracosactide (Synacthène). Le dosage de la cortisolémie est fait avant (h0) et 60 minutes après le test (h1). L'ISR est retenue si la cortisolémie de base est normale ou élevée avec un seuil $\geq 20 \mu\text{g/dl}$ et une réponse faible à l'ACTH ($\Delta \text{max} < 9 \mu\text{g/dl}$).

Résultats: 18 patients sont colligés répartis en 2 groupes : G1 (ISR, n= 7) et G2 (Absence d'IS, n= 11). L'âge moyen est de 38 ans ± 13 pour G1 et de 34 ans ± 12 pour G2. La cortisolémie de base (h0) est respectivement de $37 \pm 11 \mu\text{g/dl}$ et de $19 \pm 14 \mu\text{g/dl}$ pour G1 et G2 ($p=0.01$), tandis que la réponse à l'ACTH est significativement plus faible dans le G1 vs le G2 : $2.2 \pm 1.8 \mu\text{g/dl}$ et $19 \pm 6 \mu\text{g/dl}$ ($p < 0.001$) respectivement. Dans notre série, il ressort que la survenue de l'ISR est corrélée à l'étendue et à la gravité de la brûlure (SCB à $57,8\% \pm 30$ pour G1 vs $26 \pm 22\%$ pour G2, $p= 0,001$; UBS à 158 ± 100 pour G1 versus 70 ± 99 pour G2 avec $p=0,09$), et est associée à un risque plus élevé d'instabilité hémodynamique avec recours aux amines ($85,7\%$ dans le G1 vs $36,4\%$ dans le G2, $p= 0,04$).

Conclusion : L'insuffisance surrénalienne relative est relativement fréquente (38%) chez le brûlé grave à la phase aigue, et est associée à une fréquence plus élevée de choc. Ces résultats justifient la réalisation d'une étude prospective plus large afin de définir la population à risque d'ISR et d'évaluer son impact sur le pronostic de ses patients.

P187. PNEUMATOSE INTESTINALE DIFFUSE D'ORIGINE ISCHEMIQUE AU COURS D'UNE NECROLYSE EPIDERMIQUE TOXIQUE (NET) : CASE REPORT

B. GASRI(1), H. OUESLATI (1), I. RAHMANI(1), A. HACHANI (1), H. BEN FREDJ (1), L. GHARSALLAH(1), S. TLEILI(1), R. HAMOUDA (1), A. MOKLINE(1), A. DAGHFOUS (2), L. REZGUI (2), A. MESSADI(1)

(1) SERVICE DE REANIMATION DES BRULES DE TUNIS, CTGB, SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE, CTGB

Les dermatoses bulleuses graves, tel que le syndrome de Lyell, exposent les patients à des défaillances d'organes d'où leur prise en charge en milieu spécifique de réanimation.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 58 ans, aux antécédents de surpoids, d'HTA et d'un nodule du sein droit, hospitalisée dans le service de réanimation des brûlés de Tunis à J8 de l'évolution d'un syndrome de Lyell avec un décollement cutané à 40%, secondaire à la prise d'Allopurinol, avec confirmation anathomo-pathologique et sur enquête de pharmacovigilance.

Dès son admission, elle présente un état de choc septique avec défaillance rénale, contrôlé sous traitement. Localement elle est cicatrisée au bout de 10 jours de prise en charge.

A J11 d'hospitalisation, la patiente présente un état de choc hypovolémique grave, avec défaillance multiviscérale, nécessitant une assistance respiratoire mécanique et le recours aux cathécolamines avec escalade rapide des doses. L'exploration radiologique objective une ischémie mésentérique avec thrombose de l'artère mésentérique supérieure et du tronc coeliaque avec pneumatose pariétale diffuse étendue à tout le tube digestif, une aéroportie et une aéro-mésentérie. Présence de thrombose des artères iliaques primitives et externes gauches. A noter que la patiente était sous HBPM à dose préventive depuis son admission.

L'évolution est rapidement fatale malgré l'optimisation de la réanimation, et la patiente n'a pas pu être acheminée au bloc opératoire.

La survenue brutale du tableau clinique chez une patiente stable en phase de cicatrisation, nous mène à poser plusieurs questions quant à l'étiologie. Le terrain d'obésité, la pathologie tumorale, la maladie inflammatoire (Lyell), l'alitement et la réanimation invasive semblent être des facteurs favorisant d'une telle complication thrombo-embolique.

Dans la littérature, plusieurs cas de pneumatose intestinale sont rapportés et associés à des pathologies variées (BPCO, réanimation, brûlures, sclérodermie..), mais aucun cas n'a été rapporté à nos connaissances, associé à une NET.

Conclusion: La pneumatose intestinale reste rare. Notre cas est probablement le premier chez un patient porteur de NET. Son apparition semble être favorisée par un terrain à risque thrombotique élevé et son évolution peut être fatale en présence de signes de gravité clinico-radiologiques.