





70th Anniversary



F Com



FC 001 FACTEURS DE RISQUE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS EN MILIEU DE REANIMATION

Auteurs :

F.zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): service de réanimation hopital régional de mahres ..
E.borni* (borniemna8@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres ..
S.jerbi (jerbi_salma@medecinesfax.org): service de réanimation hopital régional de mahres ..
D.Dlensi (dorsafdlensi89@outlook.fr): service de réanimation hopital régional de mahres ..
Y.ben tamer (yoser.bentaher@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres ..
I.dahech (inesdahech23@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres ..
M.smaoui (smaoui.mariem5@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres ..
R.allala (rania.allala@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres ..
F.medhioub (fatma_kaaniche@yahoo.fr): service de réanimation hopital régional de mahres ..

Les infections associées aux soins (IAS) en réanimation constituent un problème majeur de santé publique, responsables d'une morbi-mortalité importante. Leur survenue est favorisée par de multiples facteurs liés au patient, aux dispositifs invasifs et à l'environnement hospitalier.

Déterminer les principaux facteurs de risque liés aux infections associées aux soins en milieu de réanimation.

Nous avons mené une étude analytique prospective du 01/01/2025 au 30/06/2025 au sein du service de réanimation dans un hôpital régional, incluant les patients admis plus de 48 heures. Nous avons collecté les caractéristiques épidémiologiques et les modalités de prise en charge ainsi que les données évolutives. Nous avons réparti la population en deux groupes : le groupe 1, les patients ayant développé au moins une IAS, et le groupe 2, constitué des patients n'ayant pas développé une IAS.

Cent vingt-sept patients ont été inclus durant la période d'étude. La moyenne d'âge était $60 \pm 27,9$ ans. Les antécédents les plus fréquents étaient l'HTA (37%) et le diabète (23,6%). A l'admission, les moyennes des scores IGS II, APACHEII et SOFA étaient respectivement à $31,01 \pm 15,99$, $12,84 \pm 10,5$ et $4,14 \pm 3,9$. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient la pneumonie aigue communautaire grave (20,5%) et l'OAP cardiogénique (12,5%). La ventilation mécanique (VM) était indiquée à l'admission chez 50 patients (39,3%). Quarante-un patients (32,3%) étaient mis sous catécholamines à l'admission. Trente patients (23,6%) avaient au moins une IAS dont 44 épisodes étaient identifiés. L'infection la plus fréquente était la PAVM (70%) suivie des infections urinaires (40%). Les entérobactéries étaient les germes les plus incriminés (27,7%). La durée moyenne d'hospitalisation en réanimation était $5,89 \pm 8,75$ jours. Le taux de mortalité était à 37,8%. En étude analytique, l'âge ($p=0,046$), la gravité initiale (IGSII ($p<0,001$)), APACHEII ($p<0,001$), SOFA ($p<0,001$)) et le choc septique à l'admission ($p=0,013$) étaient associés aux IAS. La prise en charge initiale notamment la VM ($p<0,001$), la mise sous catécholamines ($p<0,001$) et l'antibiothérapie à l'admission ($p=0,002$) étaient significativement corrélées à la survenue des IAS. A l'admission, seulement l'hyperleucocytose ($p=0,04$) et l'hyperlactatémie ($p=0,019$) étaient significatifs dans le groupe 1. Le recours à l'hémodialyse ($p=0,003$) ainsi que la corticothérapie ($p<0,001$) et l'alimentation parentérale ($p<0,001$) étaient plus significatifs dans le groupe 1. La mise des dispositifs invasifs (sondage vésicale ($p=0,043$)), le cathétérisme veineux central ($p<0,001$) était significativement associée à la survenue des IAS.

La survenue des infections associées aux soins est liée à la gravité initiale, aux dispositifs invasifs et aux thérapeutiques de réanimation, soulignant l'importance des mesures préventives adaptées afin de réduire la morbi-mortalité, la durée d'hospitalisation et le coût des soins.

FC 002 Les aspects cliniques, microbiologiques et évolutives des pneumonies acquises sous ventilation mécanique

Auteurs :

S.jerbi (jerbi_salma@medecinesfax.org): service de réanimation hopital régional de mahres ..
F.zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): service de réanimation hopital régional de mahres ..
E.borni* (emna98.borni@gmail.comnesfax.org): service de réanimation hopital régional de mahres ..
D.Dlensi (dorsafdlensi89@outlook.fr): service de réanimation hopital régional de mahres ..
I.dahech (inesdahech23@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres ..
A.abdellatif (arijabdelatif6@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres ..
M.smaoui (smaoui.mariem5@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres ..
R.allala (rания.allala@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres ..
F.medhioub (fatma_kaaniche@yahoo.fr): service de réanimation hopital régional de mahres ..

La pneumonie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) est une infection nosocomiale fréquente en réanimation, associée à une morbidité élevée. Elle est définie par une pneumonie qui survient après au moins 48 heures de ventilation mécanique invasive.

Décrire le profil épidémiologique, clinique, microbiologique et évolutif des patients développant une pneumonie acquise sous ventilation mécanique dans un service de réanimation.

Il s'agit d'une étude descriptive, analytique et prospective de durée de 6 mois au sein du service de réanimation dans un hôpital régional, incluant les patients ayant développé au moins une PAVM. Nous avons collecté les caractéristiques cliniques, microbiologiques et les modalités de prise en charge ainsi que les données évolutives.

Durant la période d'étude, 21 patients ont développé au moins un épisode de PAVM dont 29 épisodes étaient installés. La moyenne d'âge était $66,05 \pm 15,5$ ans. La moyenne de score IGSII était de $48,8 \pm 18,8$; APACHEII était de $22,5 \pm 16,8$ et SOFA était de $7,4 \pm 3,7$. L'antécédent le plus dominant était l'HTA (47,6%). La pneumopathie infectieuse hypoxémiantre était le motif le plus fréquent (42,8%). Le moyen du rapport gazométrique était de $248,47 \pm 134,62$. La médiane du délai d'apparition de PAVM était de 4 jours [2-23]. Les BGN (20 épisodes ; 68,9%) étaient les germes les plus incriminés dont la *Pseudomonas aeruginosa* dans 7 épisodes (35%), la *Klebsiella pneumoniae* dans 5 épisodes (25%) et l'*Acinetobacter baumanii* dans 4 épisodes (20%). Les PAVM sans documentation bactériologique étaient observées dans 6 épisodes (20,6%). Les entérobactéries productrices de carbapénèmases étaient au nombre de 7 épisodes. Les bactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE) étaient présentes dans un seul épisode. Les complications liées à la PAVM étaient essentiellement le choc septique (61,5%) et seulement 2 cas de SDRA (9,5%). L'antibiothérapie était adaptée dans 14 épisodes (48,2%). L'imipénème (86,2%) et la colistine (75,8%) étaient les antibiotiques les plus utilisés. La durée moyenne de la ventilation mécanique était $17,86 \pm 20,14$ jours et la durée moyenne de séjour en réanimation était $16,10 \pm 17,32$ jours. Le taux de mortalité était de 81%.

Selon nos résultats, la PAVM touche les patients graves, dominée par les BGN multirésistants, avec une mortalité très élevée. La précocité diagnostique et l'adaptation thérapeutique demeurent essentielles pour améliorer le pronostic en réanimation.

FC 003 DIAGNOSTIC PERFORMANCE, THERAPEUTIC AND PROGNOSTIC IMPACT OF RAPID MULTIPLEX PCR IN CRITICALLY ILL PATIENTS : EXPERIENCE OF A MEDICAL ICU

Auteurs :

H Larnaout (hiba.larnaout@gmail.com): Réanimation médicale Rabta ..
A Ouhibi (ouhibasma4@gmail.com): Réanimation médicale Rabta ..
S Abbes (sel_salma@yahoo.fr): Microbiologie Rabta ..
L Messaoud (lyndamessaoud1991@gmail.com): Réanimation médicale Rabta ..

A Mehdi (asmaelmahdi245@gmail.com): Réanimation médicale Rabta ..
H Mechmeche (hajermechmeche7@gmail.com): Réanimation médicale Rabta ..
N Azzouz (noussair.azz@gmail.com): Réanimation médicale Rabta ..
M Cherif (cherif.meriem97@gmail.com): Réanimation médicale Rabta ..
I Ben Braik (ikrambenbraiek@gmail.com): Réanimation médicale Rabta ..
E Seghir (eya.seghir.91@gmail.com): Réanimation médicale Rabta ..
M Zribi (meriamzribimiled@gmail.com): Microbiologie Rabta ..
A Trifi (trifiahlem2@gmail.com): Réanimation médicale Rabta ..
S Abdellatif (AbdellatifSamy@gmail.com): Réanimation médicale Rabta ..

Any kind of infection in ICU patients is considered as a potential severe sepsis. To improve clinical outcomes, early and appropriate antimicrobial therapy (AMT) is guided by an accurate and timely identification of the etiologic pathogen. Conventional microbiological cultures can require > 72 h to provide useful results. Molecular diagnostic techniques, particularly multiplex PCR assays, were introduced into clinical practice to address these limitations.

We aimed to evaluate the diagnostic characteristics of multiplex PCR and its impact on AMT and outcome in critically ill patients.

a retrospective, single-center study from march to sept 25, including all adult ICU patients exhibiting any type of infection and in whom a microbiological specimen were taken and processed simultaneously by BioFire Panel multiplex PCR and (CC). These samples concerned respiratory ones (tracheal aspirates or sputum), cerebrospinal fluid by lumbar puncture, and others (blood and stool). The primary endpoint was the assessment of diagnostic performance of mPCR compared with CC. The secondary was the therapeutic and prognostic impact.

78 mPCR samples from 78 patients were analyzed. This was indicated for pneumonia (n=57, CAP:45 and VAP:12), for meningoencephalitis : ME (n=18), gastroenteritis (n=2), and bacteremia (n=1). The mPCR response time was 3 H [2-4]. For CAP/VAP : 39 samples returned positive out of 57 total samples taken, giving a mPCR positivity rate of 68.4%. 50 bacteria with 12 genes of resistance and 26 virus were detected by mPCR. The positivity rate of CC was at 23% (13/57) : (attached fig). The concordance between the two techniques was 21 cases (37%): positive in 8 cases and negative = 13 cases (23%). Sensitivity and specificity were respectively at 82% and 87%. Empirical AMT change was noted in 35/57 (61.4%): No change: 22, Adjustment: 14, Escalation: 13, De-escalation or discontinuation: 8. No changes were noted after obtaining the CC results. For ME : 18 CSF samples were collected from 18 patients for diagnosis of bacterial ME (n=8) and viral ME (n=10). CC were positive in 7 cases (Meningococcus (1), Strepto B (1), Strepto Pn (1), Klebsiella pn (1)), and HSV uniplex PCR in 3 cases. Multiplex PCR results returned positive in 9 cases (Single detection: 5 and Co-detection: 4). In total, 7 bacteria and 12 virus were detected and the most identified were S. pneumonia (3), H. Influenzae (3), HSV1 (5), and VZV (3). In 5 cases, AMT was modified including de-escalation in 3 cases. Compared to a series of patients affected with pneumonia/ME and managed in a period when mPCR was not available (prior mPCR era). No differences were found between outcome parameters (attached table).

mPCR technique shortens the time to obtain results, and has proven good performance, induced therapeutic change in more than half of cases but no prognostic impact was reported.

FC 004 PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES EN RÉANIMATION

Auteurs :

N.Kallel (nourkallel82@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
S.Kharrat (sanakharrat15@hotmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
Y.Ben Taher (yoser.bentaher@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
S.Bougharriou (sadokbougharriou1@gmail.com): service de Microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax ..

A.Dammak (abirdammakg@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
M.Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
C.Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

Les infections urinaires constituent une cause fréquente d'infections nosocomiales en réanimation. Leur profil microbiologique varie selon les pratiques locales et l'exposition aux antibiotiques, influençant directement la stratégie thérapeutique et la prévention.

Décrire la fréquence, les caractéristiques épidémiologiques et microbiologiques des infections urinaires nosocomiales en réanimation

Étude rétrospective incluant les patients hospitalisés plus de 48 heures en réanimation en réanimation entre 1 janvier 2025 et 30 septembre 2025 présentant une infection urinaire confirmée microbiologiquement. Les données recueillies concernaient les caractéristiques démographiques, les comorbidités, les circonstances d'acquisition, les germes isolés et leur profil de sensibilité. L'analyse descriptive a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS.

Un total de 72 patients hospitalisés en réanimation a été inclus soit une incidence d'infection urinaire nosocomiale de 13,8%. L'âge moyen était de $49,6 \pm 19,6$ ans avec une prédominance masculine et un sexe ratio de 3. La moyenne de l'indice de comorbidité de Charlson était de $1,51 \pm 1,3$ points et la comorbidité la plus fréquente était le diabète (25% des patients). Soixante huit pourcents des patients provenaient du service des urgences et le motif d'hospitalisation le plus fréquent était le polytraumatisme dans 52,8% des cas. Le score SOFA moyen à l'admission était de 6 ± 2 points et la moyenne du score SAPS II était de $43,2 \pm 37,5$ points. Tous les patients étaient sondés sauf un. Soixante six patients recevaient une antibiothérapie récente. Le délai moyen de diagnostic du premier épisode d'infection urinaire était $21,3 \pm 11,3$ jours. Le nombre moyen d'épisodes d'infections urinaires par patients était de $1,52 \pm 0,7$ avec des extrêmes de 1 à 4 épisodes. Trente-six (50%) épisodes d'infection urinaire étaient polymicrobiennes. Les germes les plus fréquemment isolés étaient *Proteus mirabilis* (22,4%), *Klebsiella pneumoniae* (20,4%) et *Pseudomonas aeruginosa* (18,4%). Huit souches (5,16%) avaient un profil de sensibilité aux antibiotiques sauvage et 71% des souches étaient des bactéries multirésistantes dont 28,3% des bactéries hautement résistantes.

Les infections urinaires nosocomiales demeurent fréquentes en réanimation et surviennent souvent chez des patients fragiles et exposés aux dispositifs invasifs. les germes responsables sont dominées par des entérobactéries multirésistantes. Leur identification précoce et la prévention ciblée sont essentielles.

FC 005 RESISTANCE BACTERIENNE DANS LES INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES EN REANIMATION : EMERGENCE DE SOUCHES CRITIQUES ET IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES

Auteurs :

N.Kallel* (nourkallel82@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
S.Kharrat (sanakharrat15@hotmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
Y.Ben Taher (yoser.bentaher@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
S.Bougharriou (sadokbougharriou1@gmail.com): service de Microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax ..
A.Dammak (abirdammakg@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
M.Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
C.Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

Les infections urinaires nosocomiales en réanimation représentent une source majeure de morbidité. L'émergence de souches bactériennes critiques complique la prise en charge, limitant les options thérapeutiques et soulignant la nécessité d'une surveillance microbiologique continue.

Décrire le profil microbiologique des infections urinaires acquises en réanimation et analyser l'émergence de souches multirésistantes et hautement résistantes afin d'évaluer leurs implications sur la stratégie thérapeutique. Déterminer les facteurs prédictifs d'infection urinaire à germes multirésistants.

Étude rétrospective menée dans un service de réanimation sur une période de 9 mois en 2025. Ont été inclus tous les patients hospitalisés plus de 48 heures en réanimation présentant une infection urinaire documentée par culture positive. Les bactéries isolées ont été identifiées par les méthodes standards et les antibiogrammes interprétés selon les normes EUCAST. Les données recueillies concernaient les caractéristiques cliniques, les germes isolés, les profils de résistance et les traitements instaurés. L'adéquation thérapeutique initiale empirique et les molécules de recours utilisées ont également été analysées.

Au total, 149 souches bactériennes ont été isolées. Les entérobactéries dominaient (71,4%), avec une prédominance de *Proteus mirabilis* (22,8%), *Klebsiella pneumoniae* (20,8%). Les bacilles à Gram-négatif non fermentaires représentaient 28,9% des bactéries avec en chef de liste *Pseudomonas aeruginosa* (18,8%) et *Acinetobacter baumannii* (9,4%). Les cocci à Gram positifs (20 souches (13,4%)) était constitués des *Enterococcus faecalis* et *Enterococcus faecium*. Cinq pourcents des souches avaient un profil de sensibilité aux antibiotique sauvage. Les bactéries multirésistantes (74,5%) dont les bactéries hautement résistantes (28,9%) étaient prédominantes. Le taux de résistance aux céphalosporines de 3 ème génération chez les entérobactéries par les β -lactamases à spectre étendu et les céphalosporinases de haut niveau atteignait 30,2%. La proportion des entérobactéries résistantes aux carbapénèmes représentait 48,8 % des isolats dont 7% des métallo-beta-lactamases. Les taux de résistances à la colimycine et à la tigécycline chez les non proteae, à l'association céftazidime-avibactam et à l'aztreonam atteignait 7,8 %; 5,12% ; 34,9%; 33,7% respectivement. Le taux de résistances aux carbapénèmes chez les BGN non fermentaires était de 83,3% et le taux de résistance à la colimycine touche les 23,8% . Chez les entérocoques, la résistance de haut niveau à la gentamicine atteignait 37,5 % et le taux de résistance à la vancomycine était de 18,8%. Une antibiothérapie empirique a été initié chez 69,4 % des malades. Cette antibiothérapie était inadaptée dans 47,5% des cas, imposant une réévaluation et on a fait une désescalade thérapeutique après documentation chez 28,1% des malades. Les options thérapeutiques se limitaient souvent à la colistine, tigécycline ou céftazidime-avibactam, utilisées en monothérapie ou en association selon la sensibilité. Les facteurs significativement associés au développement de BMR était les antécédents cardiovasculaire(p<0.05) et la gravité à l'admission (p<0.05).

L'émergence de souches critiques au sein des infections urinaires en réanimation constitue un enjeu majeur. Le renforcement de la surveillance microbiologique et l'optimisation de l'antibiothérapie sont essentiels pour préserver les options thérapeutiques restantes.

FC 006 Les entérobactéries résistantes aux carbapénèmes : étude épidémioclinique

Auteurs :

Mechmeche Hajar (hajermechmeche7@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Mahdi Asma (asmaelmahdi245@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Hajri Sheima (sheimahajri@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Seghir Eya (eya.seghir.91@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Ouhibi Asma (ouhibasma4@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Messaoud Lynda (lyndamessaoud1991@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Trifi Ahlem (trifiahlem2@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Abdellatif Sami (abdellatifsamy@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

L'émergence en Tunisie des entérobactéries résistantes aux carbapénèmes (ERC), classées comme hautement résistantes et à haut potentiel épidémique constitue une alerte sanitaire majeure avec des possibilités thérapeutiques limitées.

Etudier le profil épidémiologique, moléculaire et clinique des ERC dans une unité de soins intensifs tunisienne.

Il s'agissait d'une étude de cohorte observationnelle prospective menée dans un service de réanimation tunisien étalée sur une période de 8 mois (Mars-Octobre 2025) et incluant tous les isolats positifs à ERC sur une culture standard ou un panel. L'infection a été retenue sur un faisceau d'arguments clinico-biologiques

Durant la période d'étude, 45 prélèvements étaient positifs à ERC dont 42 à klebsiella pneumoniae (Kp). Il s'agissait d'une infection avérée dans 29 cas (64,4%) et d'une colonisation dans 16 cas (35,6%). %. Les germes incriminés étaient kp (N=27), Morganella morganii (N=1) et Providencia stuartii (N=1). Le taux des infections à ERC était de 28,7% par rapport au total des infections retenues au cours de la période d'étude. Le taux d'incidence des PAVM, des ILC, et des infections urinaires à ERC était respectivement de 27,8/ 1000 jours de ventilation mécanique, 9,8/1000 jours de cathétérisme et 1,58/1000 jours de sondage vésical. Une bactériémie a été observée dans 5 cas (11,1%). Les ERC ont été isolées dans une culture d'aspiration trachéale (N=15), d'un cathéter veineux central (N=15), d'un ECBU (N=6), d'un ECBC (N=2), dans une hémoculture périphérique (N=5) et dans un panel respiratoire (N=3). Il s'agissait d'une ERC productrice d'OXA-48 dans 20 cas (68,9%), de métallo-béta-lactamase type NDM dans 3 cas (10,34%) et d'une association dans 6 cas (20,6%). Les taux de résistance aux ATB sont présentés dans le tableau. Une escalade thérapeutique était requise dans 38% des cas. Le taux de mortalité était de 75% avec une imputabilité de l'ERC rapportée dans 41% des cas.

Les infections à ERC constituent une alerte majeure. Ceci est d'autant plus alarmant avec la perpétuelle augmentation du taux des entérobactéries produisant des métallo-béta-lactamases, source d'impasse thérapeutique. Il est ainsi impératif de se procurer de nouveaux antibiotiques et de renforcer les moyens de lutte contre l'antibiorésistance.

FC 007 Characteristics and outcomes of viral pneumonia in intensive care unit : A prospective study

Auteurs :

Hiba Larnaout (hiba.larnaout@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..

Linda Messaoud (lyndamessaoud1991@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..

Asma Ouhibi (ouhibiasma4@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..

Hajer Mechmeche (hajermechmeche7@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..

Seghir Eya (eya.seghir.91@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..

Asma Mehdi (asmaelmahdi245@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..

Ahlem Trifi (trifiahlem2@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..

Sami Abdellatif (abdellatifsamy@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..

Acute community-acquired pneumonia (CAP) is a frequent cause of hospitalization in intensive care units. In adults, viral causes of CAP are poorly characterised.

The aim of this study was to describe the characteristics and outcomes of patients hospitalized for viral CAP.

A prospective and descriptive study was carried between January and October 2025 in the medical intensive care unit. The diagnosis was made by respiratory multiplex PCR on a respiratory sample (sputum, endotracheal aspirate, bronchoalveolar lavage) within 48 hours of hospitalization. The cause-effect link of the virus detected on the multiplex PCR and the CAP was established in the following cases : isolated detection, codetection with bacteria but the radiological topography is in favor of viral origin (bilateral alveolar-interstitial images), clinical worsening despite targeted antibiotic therapy.

During the study period, 126 patients were admitted for severe CAP, 44 (34,9 %) of whom had viral pneumonia. The mean age was 62 ± 15 years with a gender ratio of 3,61. The mean APACHE II score was 14 ± 9 and the median Charlson Comorbidity Index was 3. comorbidities were chronic obstructive

pulmonary disease (38.6%), hypertension (36.4%), diabetes (29.5%), pulmonary fibrosis (11.4). Influenza virus was detected in 16 patients (36.3%) followed by human coronavirus (13 patients, 29.5%), respiratory syncytial virus (8 patients, 18.1%), rhinovirus (4 patients, 9%) and adenovirus in 3 patients. More than half of population (59%) had a bacterial co-infection. The isolated bacteria are represented in figure 1. Eighteen patients (40.9%) required invasive mechanical ventilation, particularly those with bacterial co-infection (12 patients, 68.4%). The overall hospital mortality rate was 34.1%. The mortalities of patients with viral infections and bacterial-viral coinfections were not significantly different (32.6 ; 38.4 respectively ; $p= 0.82$).

Viral CAP was common (34.9%) in patients requiring ICU and the co-infections were also frequent (59% of population). Patients with viral pneumonia and bacterial-viral co-infection had comparable mortality rates.

FC 008 Valeur pronostique du rapport NLR versus CRP dans les infections urinaires communautaires

Auteurs :

A.Chemsi (anissachemsi85@gmail.com): urgence-réanimation habib thameur ..
H.Touj (hagertouj@gmail.com): urgence-réanimation habib thameur ..
I.Klai (Klaiimen@outlook.fr): urgence-réanimation habib thameur ..
I.Belgacem (dr.belgacem.ines@gmail.com): urgence-réanimation habib thameur ..
I.Sdiri (Sdiri.ynes@gmail.com): urgence-réanimation habib thameur ..
I.sedghiani (sedghiani.ines@gmail.com): urgence-réanimation habib thameur ..
N.Borsali Falfoul (nebihaborsali@gmail.com): urgence-réanimation habib thameur ..

Les infections urinaires communautaires constituent un problème majeur de santé publique par leur fréquence, leur cout ainsi que la morbidité et mortalité qu'elles engendrent. L'évaluation de la sévérité et la prédition de l'évolution restent des enjeux majeurs pour adapter précocement la prise en charge. Parmi les biomarqueurs utilisés en routine, la protéine C-réactive (CRP) est largement reconnue comme un marqueur de l'inflammation aigue. Toutefois, sa spécificité limitée et son élévation dans de nombreuses conditions inflammatoires peuvent restreindre sa valeur prédictive dans le contexte spécifique des infections urinaires. Le rapport neutrophiles/lymphocytes (NLR), en tant que marqueur de la réponse inflammatoire systémique, a été étudié comme bio marqueur pronostique intéressant dans divers types de maladies infectieuses.

Le but de cette étude est de comparer la valeur pronostique du NLR à celle de la CRP dans les infections urinaires communautaires.

Étude prospective descriptive s'étalant sur un an intéressant tous les patients admis aux urgences pour prise en charge d'une infection urinaire et ayant eu un examen cytobactériologique après obtention de leur consentement. Le diagnostic d'infection urinaire a été retenu devant des critères cliniques (Signes urinaires, fièvre), biologique (Syndrome inflammatoire biologique) et bactériologique (leucocyturie ≥ 104 E/mm³ et ou bactériurie ≥ 105 UFC /ml). Le NLR a été calculé pour tous les patients inclus.

Nous avons colligé 84 patients dont l'âge moyen était de 71 ± 15 ans. Le sexe ratio était de 0,5. Soixante-cinq pourcent des patients étaient multi-tarés et six patients étaient sans antécédents. Le diabète et l'HTA étaient les comorbidités les plus fréquentes avec des pourcentages respectifs de 64% et de 56%. L'asthénie et la fièvre étaient les motifs de consultation les plus fréquents avec respectivement 56 et 41%. La valeur moyenne du score SOFA à l'admission était à $2,9 \pm 1,5$. 17 patients (21%) décédés. La médiane de la CRP était à 125,5mg/l[44,218]. La médiane de NLR était à 9,2[5,12]. le NLR et la CRP étaient significativement associés à la mortalité avec p respectifs de 0.015 et 0.045. L'aire sous la

courbe de NLR était à 0.77 avec cut off de 11 (se=82% et sp= 74%). L'aire sous la courbe de la CRP était de 0,65 avec un cut off de 126mg/l(Se=71% et Sp=58%). Nous avons partagé nos patients en deux groupes selon les valeurs seuils de ces deux paramètres : ci -joint le tableau comparatif entre la CRP et le NLR

Le NLR était significativement associé à la mortalité avec un cut off de 11 avec une spécificité plus élevée que la CRP qui était plus sensible mais moins spécifique .

FC 009 L'élévation marquée des taux sériques de procalcitonine est-elle corrélée à la gravité du sepsis ?

Auteurs :

Amira HMAIDI (hmaidiamira.96@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

ines sdiri (sdiri.ynes@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Yosr Mezrani (Mezrani.yosr1998@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Hager Touj (hagertouj@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Badra Bahri (bahribadra@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

imen zaghoudi (i.zaghoudi@yahoo.fr): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

ines sedghiani (sedghiani.ines@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Nebiha Borsali Falfoul (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Les taux élevés de procalcitonine (PCT) sont fréquemment observés chez les patients septiques admis en réanimation, reflétant l'intensité de l'infection et de la réponse inflammatoire systémique. Cependant, la signification pronostique de ces élévations reste discutée.

l'objectif de notre étude était de déterminer si l'élévation marquée de la PCT est corrélée à la mortalité au cours du sepsis.

Nous avons mené une étude prospective observationnelle monocentrique entre Mai et septembre 2025, au sein du service des urgences et de réanimation. Nous avons inclus tous les patients septiques dont l'âge est Supérieur à 18 ans et durée de séjour >48H. Nous avons fait un dosage systématique pour tout les patients admis pour sepsis durant les premières 24H.

Nous avons inclus 83 patients septiques. L'âge moyen était 63 ans avec un genre ratio 1,12. Les comorbidités les plus notées étaient le diabète (53%), l'HTA (51.8%) et les maladies cardiovasculaires (48%) notamment l'insuffisance coronaire (30.1%). Les valeurs moyennes de l'APACHE II, IGS II et SOFA étaient 23.14 ± 7 , 47.8 ± 23 et 4.2 ± 3 respectivement. A l'admission, sept patients étaient en EDC. Le sepsis pulmonaire était le diagnostic le plus noté (84.3%). Sept patients avaient un sepsis urinaire (8,4%). Une bactériémie a été rapportée chez 23 patients (27,7%). Les germes les plus isolés étaient *Escherichia Coli* (16%) et *Klebsiella pneumoniae* (14,8%). L'évolution a été marquée par l'apparition d'un état de choc pour 23 patients (27,7%), le recours à la ventilation mécanique invasive pour 22 patients (26,5%) et la survenue d'une insuffisance rénale aigue (26,5%). La mortalité était de 38,6%. Le taux moyen de PCT était de 15.8 ± 31.8 ng/mL avec un minimum de 0.47 ng/mL et un maximum de 209 ng/mL. L'étude analytique n'a pas montré une corrélation entre la procalcitonine et la mortalité ($p=0.56$). On n'a pas objectivé une liaison entre la PCT et le développement d'un état de choc, ni le recours à la ventilation mécanique invasive ($p=0.14$ et $p=0.09$ respectivement). On n'a pas identifié une différence significative entre la CRP et la PCT pour prédire la mortalité, l'évolution vers un état de choc septique et la ventilation mécanique invasive.

Dans notre étude, bien que des taux sériques élevés de procalcitonine étaient fréquemment observés chez les patients septiques, aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre l'élévation de ce biomarqueur et la mortalité. Ces résultats suggèrent que, si la procalcitonine constitue un marqueur sensible de la réponse inflammatoire, elle ne reflète pas nécessairement le pronostic vital à court terme.

FC 010 Rapport neutrophiles/lymphocytes : Valeur pronostique chez les patients admis pour pneumonie sévère

Auteurs :

Amira HMAIDI (hmaidiamira.96@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

ines sdiri (sdiri.ynes@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Yasmine Garbaa (yesminegarbaa@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Hager Touj (hagertouj@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Ines Slama (Ines.slama2@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

imen zaghoudi (i.zaghoudi@yahoo.fr): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

ines sedghiani (sedghiani.ines@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Nebiha Borsali Falfoul (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

La pneumopathie aigue communautaire (PAC) est l'un des principaux motifs d'admissions en réanimation. Les indicateurs pronostiques comme les marqueurs de l'inflammation sont largement utilisés pour la stratification initiale du risque. Plusieurs études ont suggéré le rôle potentiel du neutrophile-to lymphocyte ratio (NLR) dans la stratification du risque et la prédition du pronostic chez les patients septiques.

Notre objectif était d'évaluer la valeur pronostique du NLR à l'admission en soins intensifs chez les patients hospitalisés pour PAC.

Nous avons réalisé une étude de cohorte prospective, monocentrique et observationnelle au service de réanimation médicale sur une période de six mois, de juillet 2024 à décembre 2024. Nous avons inclus les patients âgés de plus de 18 ans admis en réanimation pour PAC. Nous avons exclus les patients ayant une maladie hématologique, un diagnostic alternatif établi après la sortie et/ou recevant une antibiothérapie 24 heures avant l'admission.

Nous avons inclus 126 patients d'un âge médian de 68 ans avec un genre=1,13. Les principales comorbidités étaient le diabète (48,8%), l'HTA (47,6%) et la dyslipidémie (41,2%). Les scores APACHE II et SAPS II étaient respectivement de $7,7 \pm 4,4$ et $24 \pm 7,4$ points. Le score moyen SOFA était de 4 ± 3 . Le recours à la ventilation mécanique invasive était indiqué chez 30 patients (23,8%). 31 patients (24,6%) ont présenté un état de choc et 31 patients (24,6%) ont présenté un SDRA. Le taux de mortalité était 46% avec une durée de séjour médiane de 5 jours. La médiane du NLR était de 8,85. Un $\text{NLR} > 9$ était associé à la mortalité ($p < 10^{-3}$) avec une $\text{AUC}=0,69$, une sensibilité= 62% et une spécificité=64%. Il était associé à un risque accru de syndrome de détresse respiratoire aiguë ($p=0,01$) et de la survenue d'une insuffisance rénale aiguë ($p=0,04$).

Le NLR est un biomarqueur pertinent pouvant déterminer le pronostic à court terme chez les patients hospitalisés pour PAC.

FC 011 La PCR MULTIPLEX: Intérêt au cours des pneumonies en réanimation

Auteurs :

ines Slama (Ines.slama2@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur ..

ines sdiri (sdiri.ynes@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur..

Amira Hmaidi (hmaidiamira.96@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur ..

yasmine Garbaa (yesminegarbaa@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur ..

khouloud Akkari (khouloudjapon@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Ahmed Smiri (ahmed.smiri950@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur ..

ines sedghiani (sedghiani.ines@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Nebiha Borsali Falfoul (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Les pneumonies constituent une cause majeure de morbi-mortalité en réanimation. Le diagnostic microbiologique est crucial pour le choix des anti-infectieux. Le développement de techniques moléculaires rapides, telles que la polymerase chain reaction (PCR) multiplex, offre la possibilité d'une identification plus précoce et plus complète des agents pathogènes impliqués, permettant une optimisation de l'antibiothérapie et une meilleure prise en charge précoce et ciblée

Notre objectif était d'évaluer l'apport de la PCR multiplex dans les décisions thérapeutiques en la comparant aux prélèvements microbiologiques conventionnels chez les patients hospitalisés pour pneumonies.

Étude prospective menée au sein du service de réanimation médicale de l'hôpital Habib Thameur incluant les patients hospitalisés pour pneumonie entre 01 juin 2025 au 31 juillet 2025. Pour chaque patient inclus, deux prélèvements respiratoires ont été faits : Un par méthodes microbiologiques conventionnelles (ECBC, aspiration trachéale ou prélèvement trachéal protégé) et un autre par PCR multiplex BioFire® (panel respiratoire). Les résultats ont été comparés en termes de délai, de taux de détection des pathogènes et d'adéquation de l'antibiothérapie initiée.

Nous avons inclus 70 patients âgés de $64,6 \pm 15$ avec un gendre ratio=1. Les scores APACHE II et IGS II étaient respectivement de $16,5 \pm 7$ et $28,9 \pm 12,4$. Les principales comorbidités étaient l'HTA (56,7%), le diabète (40%) et les maladies respiratoires chroniques (35%). Les principaux motifs d'admission en réanimation étaient la détresse respiratoire (80%) suivie de la détresse neurologique (13,3%). Les patients avaient un état de choc dans 13,3% des cas et un syndrome de détresse respiratoire aigüe dans 10%. Cinquante prélèvements étaient positifs (30 PCR positives et 20 prélèvements pour la bactériologie conventionnelles). Le délai moyen de résultats de PCR multiplex était de 24 ± 8 heures versus 48 ± 24 h pour les résultats des bactériologies conventionnelles. Les résultats étaient polybactérienne dans 20% des cas (4 PCR et 6 prélèvements conventionnelles). Les principales bactéries identifiées étaient la Klebsiella pneumoniae (30%), suivie de l'Escherichia Coli (25%) l'Acinetobacter baumanii (20%) et le Pseudomonas aeruginosa (8%). Le profil des résistances de germes retrouvés était BLSE dans 10% et carbapénémase dans 20% des cas. L'identification virale exclusivement par la PCR était objectivée dans 15% des cas (rhinovirus, entérovirus et H1N1). Les gènes de résistances retrouvées étaient CTX-M (6.5%), NDM (6%) et OXA-48 (6%). En comparaison à la culture standard, la PCR a permis de détecter 47 bactéries contre 26 détectées par la culture dénotant de son intérêt dans le diagnostic des pneumonies décapiées. Le seuil de détection des bactéries était concordant dans 75%. La concordance entre les gènes de résistance et la résistance phénotypique était de 45%.

Malgré son coût élevé, la PCR multiplex est un outil précieux dans la détection des pathogènes respiratoires permettant un diagnostic non seulement rapide mais aussi étiologique des pneumonies décrites avec une détection conjointe des agents pathogènes vitaux et bactériens.

FC 012 ÉVALUATION DYNAMIQUE DE LA CONGESTION VEINEUSE PAR LE SCORE VEXUS CHEZ LES PATIENTS EN REANIMATION : ETUDE OBSERVATIONNELLE SUR 17 CAS

Auteurs :

A.Guizani (guizani.amel@icloud.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres ..
D.Dlensi (dorsafdlensi89@outlook.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres ..
S.Jerbi (jerbi_salma@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres ..
F.Zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres ..
A.Abdellatif* (arijabdellatif6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres ..
E.Borni (emna98.borni@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres ..
R.Allala (allala.riaa@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres ..
F.Medhioub (fatma_kaaniche@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres ..

La congestion veineuse systémique est un facteur pronostique majeur en réanimation, souvent sous-estimé par les seuls paramètres cliniques. Le score VExUS (Venous Excess Ultrasound Score) est un outil échographique permettant d'évaluer la congestion à travers l'analyse des flux veineux abdominaux. Cette étude vise à évaluer l'évolution du score VExUS entre J1 et J3 d'hospitalisation en réanimation et sa corrélation avec les paramètres cliniques et biologiques de décharge volémique.

Étude observationnelle prospective qui inclut des patients des patients hospitalisés en réanimation médicale du 1/7/2025 au 30/9/2025. Le score VExUS a été calculé à J1 et J3 à l'aide d'une échographie au lit du malade, intégrant la mesure du diamètre de la veine cave inférieure, les flux veineux hépatique, porte et rénal. Les variations du score ont été comparées à l'évolution clinique, à la diurèse et aux paramètres biologiques (créatinine, lactates, bilan hydrique).

Notre étude a inclus 17 patients. À J1, 35,2% des patients présentaient un score VExUS supérieur ou égal à 2, traduisant une congestion pulmonaire significative. À J3, une diminution significative du score a été observée chez la moitié des patients (17,6%), parallèlement à une amélioration clinique et biologique. Alors que chez les patients, dont le score VExUS est encore élevé à J3, la fonction rénale s'est altérée ou s'est aggravée entre J1 et J3 (la moyenne des clairances est passée de 54 (+-2.3) ml/min à 26 (+-1.8) ml/ min), le taux de lactate est augmenté (la moyenne des lactatémies est passée de 1.05 (+- 0.22) mmol/ à 3.13 (+-0.17) mmol/l) avec un bilan hydrique positif.

La comparaison du score VExUS à J1 et J3 permet une évaluation dynamique de la congestion veineuse. Cet outil non invasif pourrait aider à guider la stratégie de déplétion volémique et à identifier précocement les patients à risque d'insuffisance rénale.

FC 013 Valeur diagnostique et pronostique de l'échographie cardiaque dans l'embolie pulmonaire post traumatique

Auteurs :

H. Chaabouni (hamdichaabouni@yahoo.fr): Service de réanimation médicale, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar Hôpital régional de Zaghouan ..
B. Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): Service de réanimation médicale, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar Hôpital régional de Zaghouan ..
N. Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): Service de réanimation médicale, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar Hôpital régional de Zaghouan ..

A. Akrouti (akroutiabir17@gmail.com): Service de réanimation médicale, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar Hôpital régional de Zaghouan ..
K. Ben Ismail (khaoula.benismail@gmail.com): Service de réanimation médicale, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar Hôpital régional de Zaghouan ..
F. Essafi (essafifatma1302@gmail.com): Service de réanimation médicale, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar Hôpital régional de Zaghouan ..
T. Merhabene (takoua.merhabene@fmt.utm.tn): Service de réanimation médicale, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar Hôpital régional de Zaghouan ..

L'embolie pulmonaire(EP) post-traumatique, souvent silencieuse mais potentiellement fatale, reste un défi diagnostique en réanimation. L'échocardiographie, examen non invasif, rapide et réalisable au chevet, s'impose comme un outil majeur pour orienter précocement le diagnostic et guider la prise en charge.

Evaluer la contribution de l'échographie trans thoracique (ETT) dans le diagnostic et la prise en charge de l'EP chez le patient polytraumatisé.

Étude rétrospective monocentrique menée au service de réanimation médicale de l'hôpital régional de Zaghouan sur une période de six ans (2019-2025), incluant les patients polytraumatisés présentant une suspicion d'EP. Celle-ci était évoquée devant une désaturation inexplicable, une tachycardie, un état de choc ou un arrêt cardio-circulatoire. Tous les patients ont bénéficié d'un électrocardiogramme et d'une ETT, réalisée avant ou après l'angioscanner thoracique. Les principaux paramètres échographiques étudiés étaient la présence de signes de cœur pulmonaire aigu, le retentissement sur débit cardiaque et les cavités cardiaques gauches.

Sur 174 patients polytraumatisés graves , une EP a été suspectée chez 32 patients (18,4 %); une EP fibrinocruorique a été confirmée chez sept patients (4,0 %), et une embolie graisseuse dans cinq cas (2,9 %) retenues sur des arguments cliniques ,biologiques et radiologiques indirectes . L'embolie pulmonaire fibrinocruorique a été suspectée avec un délai moyen diagnostique de $5,1 \pm 6,1$ jours par rapport à l'admission, devant une désaturation chez tous les patients, dans 57,1 % et un état de choc obstructif dans 28,6 %. À l'ECG, une tachycardie était présente dans 71,4 % des cas. Les anomalies échographiques retrouvées étaient une dilatation des cavités droites (71,4 %), une hypertension artérielle pulmonaire (42,9 %), un septum interventriculaire paradoxal (28,6 %) et un septum rigide (14,3 %). Chez trois patients, l'ETT a permis d'orienter le diagnostic en urgence, avant la réalisation du scanner, qui était retardé en raison d'une instabilité hémodynamique ou de son indisponibilité. Dans deux cas, l'ETT a été effectuée après l'angioscanner dans un objectif de stratification du risque. Chez deux autres patients, l'ETT était normale. Pour l'EP graisseuse, les anomalies échographiques étaient discrètes. Une hypertension artérielle pulmonaire modérée a été observée dans 16,7 % des cas, sans dilatation des cavités droites ni anomalies du septum interventriculaire. Chez les patients présentant une embolie fibrinocruorique, une anticoagulation curative a été instaurée après avoir éliminé les contre-indications. Deux patients ont bénéficié d'un traitement par fibrinolyse insitu (EKOS), tandis qu'une prise en charge hémodynamique adaptée a été mise en œuvre en cas d'embolie graisseuse

L'échocardiographie transthoracique, examen rapide et non invasif, joue un rôle central en réanimation pour détecter précocement et stratifier les embolies pulmonaires, qu'elles soient fibrinocruoriques ou graisseuses, renforçant ainsi la prise en charge adaptée et la surveillance des patients polytraumatisés.

FC 014 Impact du délai d'introduction des vasopresseurs après remplissage initial dans le choc septique sur le pronostic en réanimation

Auteurs :

S. Mougou (sarra97@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..
S. chtioui (souma.chtioui@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..
S. Ajleni (syrineajleni@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..
T. Nefzaoui (nefzaouitayssir@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..

M. Fekih Hassen (mohamed.fekihhassen1@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..
H. Ben SikAli (Habiba.sikali@hotmail.fr): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..
S. Elatrous (souheilatrous@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..

Le choc septique est une urgence vitale entraînant une hypotension persistante malgré une réanimation volémique adéquate. Les recommandations préconisent l'introduction précoce des vasopresseurs. Cependant, le délai d'initiation après le remplissage reste sujet à débat, et pourrait influencer le pronostic, notamment la mortalité.

Évaluer l'impact d'un délai court (< 1 heure) versus long (\geq 1 heure) entre le début du remplissage et l'initiation des vasopresseurs sur la mortalité à J28.

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective et analytique menée au service de réanimation médicale sur une période allant de janvier 2012 au juillet 2015. Nous avons inclus tous les patients âgés plus de 18 ans et admis en réanimation pour prise en charge d'un choc septique selon les critères Sepsis-3 avec Introduction de vasopresseurs après remplissage initial. Les paramètres recueillis : les caractéristiques démographiques, les comorbidités, heure d'introduction des vasopresseurs, Délai entre le remplissage et l'introduction de vasopresseur (minutes), critères cliniques à l'admission, traitements initiaux (dans les 6 premières heures) et évolution clinique.

Parmi 589 patients, 160 patients ont été analysés. Le sexe masculin était prédominant (58%). Le volume total perfusé médian était de 1,5 L [1,5-2,5]. Un délai court de la noradrénaline (NAD) a été trouvé dans 61% Vs 38%. Une antibiothérapie a été instaurée à J1 dans 85% des cas. La survenue d'une infection associée aux soins était de 50%. La mortalité à J28 était de 77%. Le tableau 1 résume le résultat de l'analyse univariée entre le groupe précoce et prolongé. La mortalité était similaire dans les 2 groupes, contrairement à la durée de séjour qui était significativement plus prolongée dans le groupe long 11j vs 15,5, $p = 0.03$. Pour l'analyse des 2 groupes survivants et décédés, Le score de SOFA à J1 et le SAPS II étaient significativement plus élevés dans le groupe décès (4 vs 6, $p=0.01$ et 33 vs 39, $p=0.003$). Une Antibiothérapie introduite à un délai < 1 heure était significativement plus élevée dans le groupe survivants (100% Vs 80%, $p=0.004$). Le recours à la VM était significativement plus importante dans le groupe décès. Le taux d'infections associées aux soins était significativement plus élevé dans le groupe décès. En analyse multivariée, les variables indépendamment associées à la mortalité sont : le SAPS II (OR : 1,131 ; IC 95% [1,044-1,225] ; $p=0.003$) et le SOFA à J7 (OR : 2,136; IC 95% [1,191-3,839] ; $p=0.011$)

Pas de différence de mortalités entre le groupe court et le groupe long malgré une durée de séjours plus prolongée.

FC 015 ASSOCIATION ENTRE LA DOSE CUMULEE DE CATECHOLAMINES DANS LES 24 PREMIERES HEURES ET LA MORTALITE A J28 CHEZ LES PATIENTS EN ETAT DE CHOC SEPTIQUE

Auteurs :

R. Karoui (rahmakaroui97@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..
M. Jrad (maissa.jrad@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..
H. Nouira (nouirahajer@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..
S. Ajleni (syrineajleni@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..
M. Fekih Hassen (mohamed.fekihhassen1@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..
H. Ben SikAli (Habiba.sikali@hotmail.fr): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..
O. Jaoued (oussamajaoued@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..
S. Elatrous (souheilatrous@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia ..

Le choc septique est une cause majeure de mortalité, nécessitant le recours aux catécholamines dont la dose cumulée au cours des premières 24heures pourrait refléter la sévérité et influencer le pronostic, mais son impact sur la mortalité demeure peu étudié

Étudier l'association entre la dose cumulée de catécholamines administrée durant les 24 premières heures et la mortalité à J28 chez les patients en choc septique

Étude observationnelle rétrospective réalisé au service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar Mahdia entre 2018 et 2025. On a inclus tous les patients adultes âgés de plus 18 ans admis pour un état de choc septique soit à l'admission en réanimation ou bien lors de leur séjour en réanimation. Les patients décédés dans un délai inférieur à 24 heures suite à l'installation de l'état de choc étaient exclus.

Durant la période d'étude, 100 patients ont été inclus, majoritairement des hommes (47 %), avec un âge médian de 69 ans (IQR [58–76]). Le score de Charlson médian était de 4 (IQR [3–5]) et le diabète représentait la comorbidité la plus fréquente (40 %). L'incidence de l'insuffisance rénale aiguë (KDIGO 2–3) était de 43%. Soixante-seize patients ont été ventilés, avec une durée médiane de ventilation mécanique invasive (VMI) de 9 jours (IQR [3–19]). La dose cumulée médiane de catécholamines pendant les 24 premières heures était de 56 mg. La durée médiane d'administration des catécholamines était de 145 heures. La mortalité à J28 atteignait 67 %. En analyse univariée, les données démographiques ne différaient pas entre survivants et non-survivants. Ces derniers présentaient plus fréquemment un SDRA (59 % vs 6 %, $p<0,001$), un recours plus fréquent à la VMI (88 % vs 54,5 %, $p<0,001$) et une VMI plus prolongée (10 jours [5–19] vs 3 jours [0–15], $p=0,01$). Les non-survivants recevaient une dose cumulée de catécholamines plus élevée (70 vs 42 mg, $p=0,039$) et une durée d'administration plus longue (185 h [96–242] vs 120 h [56,5–205], $p=0,03$). En analyse multivariée, la VMI (OR 7,63 ; IC95% [1,93–30,18] ; $p=0,004$) et la durée totale d'administration des catécholamines (OR 1,006 ; $p=0,015$) étaient indépendamment associées à la mortalité.

Chez les patients en état de choc septique, la dose cumulée des catécholamines durant les 24 premières heures n'était pas associée à la mortalité à J28, tandis que la durée totale d'administration de cette thérapeutique l'était.

FC 016 Ringer Lactate versus Plasmagel en réanimation : étude pilote comparative en double aveugle de l'efficacité du remplissage vasculaire

Auteurs :

Mohamed Salem Kraoua (medsalemkraoua@gmail.com): réanimation médicale hopital Sahloul ..

Rania Hidri (rannouch.hidri6@gmail.com): réanimation médicale hopital Sahloul ..

Rafla Ben Dabebiss (rafla_bendabebiss@hotmail.com): réanimation médicale hopital Sahloul ..

Hajer Zouari (hajerzouari6@gmail.com): réanimation médicale hopital Sahloul ..

Abir Chihaoui (abirchihaoui123@gmail.com): réanimation médicale hopital sahloul ..

Dhouha Belgacem (dhouhabelgacem@gmail.com): réanimation médicale hopital sahloul ..

Mariem Saadaoui (saadaouimariem97@gmail.com): réanimation médicale hopital sahloul ..

Houssem Hmouda (houcem_hmouda@yahoo.com): réanimation médicale hopital sahloul ..

Le remplissage vasculaire est essentiel en réanimation pour restaurer la perfusion. Les cristalloïdes sont préférés, mais les colloïdes comme le Plasmagel restent utilisés. Toutefois, les données comparatives sur leur efficacité et tolérance clinique demeurent limitées.

Comparer l'efficacité hémodynamique et la tolérance du Plasmagel et du Ringer Lactate dans la gestion de l'hypovolémie.

Il s'agit d'une étude prospective, randomisée, en double aveugle, réalisée en septembre 2025 en réanimation médicale à l'hôpital Sahloul. Douze patients nécessitant un remplissage vasculaire ont été inclus et répartis aléatoirement en deux groupes recevant soit du Plasmagel(poche A), soit du Ringer Lactate (Poche B). L'identité des solutés (poches A et B) était inconnue des soignants et évaluateurs. Les paramètres cliniques, échographiques (réalisés par le même médecin pour garantir la fiabilité) et biologiques ont été mesurés avant et après la perfusion. L'analyse statistique, réalisée avec SPSS, a permis de comparer les effets des deux solutions sur les réponses hémodynamiques et biologiques.

L'âge moyen des patients était de $69,8 \pm 2,4$ ans, avec une répartition équilibrée entre les sexes. Le score APACHE II moyen était de $21,2 \pm 8,9$. Tous les patients étaient intubés. Les principaux motifs d'admission étaient l'insuffisance respiratoire aiguë et le coma (5 cas chacun), suivies de l'insuffisance circulatoire aiguë (2 cas). Les diagnostics fréquents comprenaient l'AVC hémorragique (4 cas), la BPCO décompensée et le choc septique (3 cas chacun), ainsi que la pneumopathie (2 cas). Le remplissage était justifié par une oligurie (9 cas) ou une hypotension (3 cas). L'échocardiographie avant et après remplissage montre une stabilité de la fraction d'éjection du ventricule gauche dans les deux groupes : $41,6 \pm 13,3$ % (poche A) et $54,1 \pm 4,9$ % (poche B), sans différence significative ($p = 1$). Les autres paramètres cardiaques (E/A, E'L, E's, surface de l'OG) restaient également inchangés. Cependant, dans le groupe Plasmagel, le diamètre expiratoire de la veine cave inférieure augmentait significativement (de $17,3 \pm 3,1$ mm à $19,9 \pm 2,3$ mm ; $p = 0,005$), tout comme le diamètre inspiratoire (de $14,8 \pm 4,3$ mm à $16,8 \pm 3,4$ mm ; $p = 0,033$). Dans le groupe Ringer lactate, ces diamètres restaient stables, suggérant une meilleure réponse volumique avec le Plasmagel. Aucune différence significative n'a été observée pour les autres paramètres clinico-biologiques.

Cette étude met en évidence l'utilité de l'échographie ciblée pour évaluer l'efficacité du remplissage vasculaire, et pour guider le choix personnalisé du soluté de remplissage. Des études supplémentaires sur de plus larges populations sont nécessaires.

FC 017 LA THROMBOLYSE AU COURS DES EMBOLIES PULMONAIRES : QUEL INTERET ?

Auteurs :

O.Ellouze* (onsellouzesiala@gmail.com): Réanimation médicale Habib Thameur ..
I.Sdiri (sdiri.ynes@gmail.com): Réanimation médicale Habib Thameur ..
L.Borsali (borsali.leila@gmail.com): Réanimation médicale Habib Thameur ..
Y.Garbaa (yesminegarbaa@gmail.com): Réanimation médicale Habib Thameur ..
I.Sedghiani (sedghiani.ines@gmail.com): Réanimation médicale Habib Thameur ..
H.Touj (hagertouj@gmail.com): Réanimation médicale Habib Thameur ..
N.Borsali Falfoul (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Habib Thameur ..

L'embolie pulmonaire (EP) est une pathologie grave associée à une morbi mortalité importante. La thrombolyse constitue le gold standard des EP graves mais reste un sujet de controverse pour les EP à risque intermédiaire. Peu d'études se sont intéressées à ce sujet.

Cette étude a pour objectif de décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives des patients admis pour EP ayant bénéficié d'une thrombolyse.

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur quatre ans (janvier 2020 à septembre 2025) au service de réanimation de l'hôpital Habib Thameur. Nous avons inclus les patients admis au cours de cette période, dont le diagnostic d'embolie pulmonaire a été confirmé par un angioscanner thoracique et traités par thrombolyse. Les données démographiques, cliniques, biologiques, échographiques, scanographiques et thérapeutiques des patients ont été recueillies et analysées.

Nous avons inclus un total de vingt-six patients. L'âge moyen était de 56,08 ans avec une prédominance féminine (un genre ratio de 0,85). Neuf patients étaient hypertendus, six étaient diabétiques, l'insuffisance cardiaque et la dyslipidémie étaient observées chez trois patients. Les antécédents thrombo-emboliques étaient observés chez 4 patients au total : l'embolie pulmonaire (1 patient) et la thrombose veineuse profonde (3 patients). Le motif principal de consultation était la détresse respiratoire (69,2%), suivi d'une détresse neurologique chez 2 patients et 3 patients pour détresse hémodynamique dont deux patients en arrêt cardio respiratoire. Quatorze patients avaient des besoins en oxygène supérieurs à 10 l/min. Six patients avaient la nécessité d'une ventilation non invasive dont 4 patients ayant un recours à la ventilation mécanique invasive. Les signes de gravité scanographiques étaient observés chez 21 patients. Les données échographiques étaient principalement : une dilatation des cavités droites chez 20 patients, un septum paradoxal chez 11 patients et une HTAP chez

5 patients. La standardisation de l'EP était : 5 patients avec une EP à risque intermédiaire bas, 14 patients à risque intermédiaire haut et 7 patients avec une EP grave (26,9%). Le type de molécules de thrombolyse était l'actilyse (65,4%), puis la streptokinase (9,2%) et la metalyse (11,5%). Le succès de lyse a été observé chez 19 patients (73,1%) avec diminution des besoins en oxygène chez 20 patients (76,9%), diminution de cœur pulmonaire aigu à H24 chez 18 patients et une diminution des besoins aux amines chez 10 patients. Les complications liées à la thrombolyse étaient notées chez 2 patients (complication hémorragique). Le taux de mortalité était 15,4%.

La thrombolyse reste une thérapeutique essentielle dans les formes graves des embolies pulmonaires, néanmoins son utilisation dans les autres formes pourrait être bénéfique dans le but de diminuer la morbi-mortalité intrahospitalière.

FC 018 La vitamine C à fortes doses permet-elle de réduire l'inflation hydrique lors de la réanimation volémique initiale du brûlé grave?

Auteurs :

Ben Nessib Molka (molkabennessib@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous ..

Fredj Hana (fredjhanask@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous ..

Larnaout Hiba (hiba.larnaout@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous ..

Alouini Amenne (amenne.alouini@fmt.utm.tn): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous ..

Messadi Amen Allah (amen933@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous ..

Mokline Amel (amel.mokline@fmt.utm.tn): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous ..

La réanimation volémique du brûlé à la phase aigüe s'accompagne souvent d'une hyperinflation hydrique. La vitamine C ayant des effets immunomodulateurs pourrait être bénéfique chez le brûlé.

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt de l'adjonction de la vitamine C lors de la réanimation initiale du brûlé sur l'inflation hydrique.

Il s'agit d'une étude prospective, randomisée et monocentrique menée au service de réanimation des grands brûlés du CTGB entre juillet et décembre 2024. Nous avons inclus les patients âgés de plus de 18 ans présentant des brûlures thermiques étendues avec une surface corporelle brûlée (SCB) > 20 %, admis dans les 8 premières heures suivant la brûlure. Les critères de non-inclusion étaient : les femmes enceintes, les enfants, les patients transférés d'autres structures, un séjour estimé à moins de 72 heures et les patients présentant un déficit connu en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD). Ont été exclus les patients non consentants. Deux groupes de patients ont été individualisés : (G1 : Vit C +) et (G2 : Vit C -). La réanimation volémique des 2 groupes a été faite selon la formule de Parkland. Le groupe Vitamine C (G1 : Vit C +) a reçu de la vitamine C par voie intraveineuse à la dose de 200 mg/kg/jour, répartie en 4 prises pendant 96 heures. Le groupe a été comparé au groupe contrôle (G2 : Vit C -). Le critère de jugement principal était la quantité de liquide perfusée et la prise du poids (témoignant de l'hyperinflation hydrique) pendant les 96 premières heures.

Durant la période de l'étude, 185 patients ont été admis, 23 patients ont été exclus. Trois patients ont été exclus. L'âge moyen était de $45,3 \pm 15,3$ ans, avec un sex-ratio H/F de 3,5. Les brûlures étaient secondaires à un accident domestique dans 10 cas, une tentative de suicide dans quatre cas, une agression dans trois cas, un accident de travail pour deux patients et un accident de la voie publique pour un patient. La surface corporelle brûlée moyenne était de $48,9 \pm 22,2$ %. Les deux groupes étaient comparables en termes d'âge, de surface brûlée et de scores pronostiques (tableau 1). Sept patients ont nécessité le recours à la ventilation mécanique d'emblée. La quantité totale de cristalloïdes et de colloïdes administrée ainsi que la prise pondérale sur les 96 premières heures étaient comparables.

entre les deux groupes. Le recours aux catécholamines, à la ventilation mécanique et la mortalité étaient également comparables. (tableau1)

L'adjonction de la vitamine C lors de la réanimation volémique initiale du brûlé grave ne permet de réduire la quantité de liquide perfusée ni l'inflation hydrique. Un élargissement de l'échantillon est nécessaire pour confirmer ces résultats.

FC 019 ULTRASOUND GUIDED THE CENTRAL VASCULAR ACCESS (CVA) IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE AND HEMODIALYSIS UNITS: MODALITIES TO PERFORM RENAL REPLACEMENT THERAPY (RRT)

Auteurs :

Fatima Souhila BOUCHAMA (soulaone@yahoo.fr): Pediatric Anesthesiology and Intensive Care Medicine Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria ..

Kamel ELHALIMI (elhalimi1@gmail.com): Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria ..

Siham SI MERABET (FD@IO): Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria ..

Zakaria Zoheir ADDOU (DF@PO): Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria University hospital of 1st November 1954, Oran, Algeria ..

In order to perform RRT, CVA is one of the essential factors. Our study aim to describe and evaluate the modalities of use of the CVA for RRT

Prospective and descriptive study performed in pediatric intensive care unit (PICU) and hemodialysis unit between july 2017 to september 2019. The insertion of the catheter is done under ultra sound in the majority of cases to control procedure and the tip placement at the level of junction of the inferior vena cava (IVC) and the right auricular (RA).

In 60 patients with median age of 78 (7-204) months, 67 CVA have been realized. Catheter have been indicated for an intermittent RRT in 56 cases (93,3%) while for a continuos RRT in only 4 cases (6,7%). Ultrasound guided have been used to guide Internal jugular (IJ) in 46 cases (68,6%), with a control of the tip placement at the level of junction of the IVC and RA. IJ was the site of predilection of insertion in 49 cases (73,1%) when femoral in 18 cases (26,9%), no catheter have been inserted in sub clavian . Catheter have been inserted in patients with acute kidney injury 40 (59,7 %), acutization of chronic renal failure 11 (16,4 %), infection of the site insertion of the catheter 5 (7,4 %) dysfunction of the catheter 5 (7,4 %), Pane of arterio-venos fistula 4 (6 %) and dysfunction of peritoneal dialysis 3 (4,5%).

CVA modalities allows enormously the performance of RRT

FC 020 HEMODYNAMIC PROFILES OF CHILDREN WITH ACUTE CIRCULATORY FAILURE : A NON INVASIVE IDENTIFICATION AND MANAGEMENT IN INTENSIVE CARE UNIT-A MONOCENTRIC OBSERVATIONAL COHORT STUDY

Auteurs :

Kamel ELHALIMI (elhalimi1@gmail.com): Pediatric Anesthesiology and Intensive Care Medicine Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria ..

Fatima Souhila BOUCHAMA1 (soulaone@yahoo.fr): Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria ..

Siham SI MERABET (FG@OP): Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria ..

Zakaria Zoheir ADDOU (FD@IO): Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria University hospital of 1st November 1954, Oran, Algeria ..

Hemodynamic disorder is one the most problems in our pediatric intensive care unit (PICU). Ultrasound is routinely used to guide hemodynamic evaluation and management.

In this study, we aimed to identify hemodynamic profiles of children with ACF and his management

We conducted in this prospective monocentric observational cohort study between 01/01/2012 au 31/12/2017 in our PICU including children with ACF. All patients had a non invasive hemodynamic evaluation and management based on ultrasound

ACF were found in 145 childrens with clinicals hypoperfusion signs: core-peripheral temperature gap in 95,8%, Capillary refill time (> 2 sec) 81,4%, Mottled skin 48,9%, tachycardia in 21,8%, hypotension in (8, 3%), oliguria in (86,9%). We identified 3 hemodynamic profiles : hypovolemic (79,3%), vasoplegia (62%) and cardiogenic shok (27,5%). Ultrasound showed a left ventricular dysfunction in (63%) related to (adrenergic myocarditis in 52%, septic myocardopathy in 44% and viral myocarditis in 5%) , right ventricular dysfunction with acute cor pulmonale in 32% and cardiac tamponade in 5%. Hemodynamic management showed significant gain of strok volume [$(\pm 20,0 \pm 5,6) \%$; p0,0001], with a mean volume loading of [$(20,0 \pm 5,6 \text{ ml/kg})$], a mean dose of norepinephrine of [$(1,33 \pm 1,68) \mu\text{g/kg/min}$] and a mean dose of dobutamine of [$(7,48 \pm 4,10) \mu\text{g/kg/min}$].

In this study non invasive hemodynamic evaluation with ultrasound showed different hemodynamic profiles and allows hemodynamic improvement in children with ACF in PICU.

FC 021 Exacerbation sévère d'asthme en réanimation : Facteurs de recours à la ventilation mécanique invasive

Auteurs :

M. Ben Nessib (molkabenessib@gmail.com): Service de réanimation médicale de Zaghouan Hopital régional de Zaghouan ..

B. Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): Service de réanimation médicale de Zaghouan Hopital régional de Zaghouan ..

N. Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): Service de réanimation médicale de Zaghouan Hopital régional de Zaghouan ..

K. Ben Ismail (khaoula.benismail@gmail.com): Service de réanimation médicale de Zaghouan Hopital régional de Zaghouan ..

S. Cherif (salmacherif.94@gmail.com): Service de réanimation médicale de Zaghouan Hopital régional de Zaghouan ..

H. Lmaiem (limaiemhamed@gmail.com): Service de réanimation médicale de Zaghouan Hopital régional de Zaghouan ..

F. Essafi (essafifatma1302@gmail.com): Service de réanimation médicale de Zaghouan Hopital régional de Zaghouan ..

T. Merhabene (takoua.merhabene@fmt.utm.tn): Service de réanimation médicale de Zaghouan Hopital régional de Zaghouan ..

L'Exacerbation sévère d'asthme constitue une cause fréquente d'insuffisance respiratoire aigüe nécessitant une prise en charge spécialisée. Le recours à la ventilation mécanique invasive est un tournant évolutif dans la prise en charge avec une forte morbi-mortalité en réanimation.

Décrire les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des patients admis pour exacerbation sévère d'asthme en réanimation et identifier les facteurs prédictifs du recours à la ventilation mécanique invasive.

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive menée au service de réanimation de l'hôpital régional de Zaghouan sur une période de six ans, de 2019 à 2025. Ont été inclus tous les patients adultes admis pour exacerbation sévère d'asthme. Les données recueillies comprenaient les caractéristiques démographiques et cliniques, ainsi que les paramètres physiologiques à l'admission, les gaz du sang artériel, le degré de sévérité et les scores pronostiques. Les modalités de prise en charge

thérapeutique ont été analysées. Une analyse statistique descriptive et analytique a été réalisée pour identifier les facteurs associés au recours à la ventilation mécanique invasive.

Vingt-quatre patients ont été inclus, avec un âge moyen de 41 ± 15 ans et un genre-ratio de 0,7. Huit patients présentaient un asthme intermittent et 16 un asthme persistant, dont trois cas de syndrome de chevauchement asthme-BPCO. Huit patients avaient des antécédents d'hospitalisation en réanimation et deux avaient déjà nécessité une ventilation mécanique invasive. À l'admission, la fréquence respiratoire moyenne était de 32 ± 6 cycles/min, avec des signes de lutte dans 87% des cas et une difficulté à parler chez 58%. La SpO₂ à l'air ambiant était de 86 ± 9%, et la fréquence cardiaque médiane de 112 [97–127] bpm. Les facteurs d'exacerbation identifiés étaient l'infection virale (42%), la surinfection bactérienne (37,5%), les causes allergiques (8%) et la mauvaise observance des traitements de fond (12,5%). Sur le plan thérapeutique, 21 patients ont bénéficié d'une prise en charge précoce et adaptée incluant bêta2-mimétiques, corticothérapie et sulfate de magnésium. Neuf patients ont reçu une oxygénation via un masque à haute concentration, six une oxygénothérapie à haut débit, 22 une ventilation non invasive (VNI), et cinq une ventilation mécanique invasive secondaire à une détresse respiratoire. En analyse univariée, les facteurs associés au recours à la VMI comprenaient l'asthme persistant ($p=0,052$), la présence d'hypoxémie initial ($p=0,04$), la surinfection bactérienne ($p=0,031$), l'âge ($p=0,041$) et l'IGSII ($p<0,001$). La courbe ROC pour l'âge a montré une AUC de 79% avec un cutoff de 49 ans (sensibilité 80%, spécificité 74%). En analyse multivariée, la surinfection bactérienne était le facteur indépendant prédictif de VMI (OR 8,35; IC95% : 2,34–29,8; $p=0,023$), tandis que la VNI restait protectrice (OR 0,036; IC95% : 0,605–0,984; $p=0,038$). La VMI était également associée à une augmentation significative de la mortalité ($p=0,004$). Deux patients ont présenté une pneumonie acquise sous ventilation mécanique, et deux sont décédés.

L'asthme aigu grave en réanimation présente un risque élevé de recours à la ventilation mécanique invasive, principalement lié à la surinfection bactérienne. Une prise en charge précoce et la ventilation non invasive se sont révélées protectrices, améliorant le pronostic.

FC 022 Valeur pronostique des scores dans la pneumopathie aiguë communautaire : CURB-65 versus rapport neutrophiles/lymphocytes optimisé

Auteurs :

H. Touj (hagertouj@gmail.com): urgences-Réanimation Habib Thameur de Tunis ..
W. Lahbib* (wiemlahbib5@gmail.com): urgences-réanimation Habib Thameur de Tunis ..
A. Chine (abirchine@gmail.com): urgences-réanimation Habib Thameur de Tunis ..
A. Chemsi (anissachemsi85@gmail.com): urgences-réanimation Habib Thameur de Tunis ..
A. Arbaoui (amalarbaoui24@gmail.com): urgences-réanimation Habib Thameur de Tunis ..
Y. Garbaa (yesminegarbaa@gmail.com): urgences-réanimation Habib Thameur de Tunis ..
I. Sedghiani (ines.sedghiani@fmt.utm.tn): urgences-réanimation Habib Thameur de Tunis ..
N. Borsali Falfoul (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): urgences-réanimation Habib Thameur de Tunis ..

La pneumopathie aiguë communautaire (PAC) représente un problème de santé majeur avec une mortalité qui varie entre 5 et 25%. L'usage des scores pronostiques permet d'identifier précocement les patients à risque de complications et adapter ainsi la prise en charge.

Déterminer la valeur pronostique du rapport neutrophiles/lymphocytes (RNL) optimisé versus le CURB-65 chez les patients hospitalisés pour une PAC au service des urgences.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique mené au service des urgences sur une période d'un an (2024). Nous avons inclus les patients âgés de plus de 18 ans chez qui nous avons retenu le diagnostic de PAC sur les critères clinico-radiologiques. Nous avons recueilli les données épidémiologiques et évolutives des patients et nous avons calculé le rapport RNL, le score CURB-65 et le rapport optimisé = RNL × Score CURB65 à l'admission. La valeur pronostique était déterminée par l'aire sous la courbe ROC.

Nous avons inclus 256 patients. L'âge médian était de 70 ans [61-79] et le sex-ratio de 0,69. Deux cent trente-un patients avaient au moins un antécédent médical. Les comorbidités rapportées étaient N (%) :

l'hypertension artérielle : 112 (44), le diabète : 98 (38,3), l'insuffisance respiratoire chronique : 61 (24) et l'insuffisance cardiaque chronique : 52 (20,3). Quarante-quatre patients (17,2%) étaient tabagiques actifs. Le motif de consultation principal était la dyspnée chez 219 patients (85,5%). Cent soixante patients désatéraient au moment de l'admission. La saturation médiane en oxygène était de 85% [75-90] A la biologie, une anémie a été objectivée chez 151 patients. La valeur médiane du rapport était de 9,6 [5,2-16,5]. Cent quatre-vingt-quatre patient avaient un rapport $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ inférieur à 300. Le score SOFA médian à l'admission était de 3 [2-5]. Le score CURB65 médian était à 2 [1-3]. La valeur médiane du rapport optimisé (RO) était de 16,6 [7,7-35,7]. La durée de séjour moyenne était de 6.7 jour [3-10]. Cinquante – huit patients (22,6%) ont été transféré en réanimation. La mortalité intrahospitalière était de 36%. Le score CURB 65, le rapport RNL ainsi que le RO étaient associés à la mortalité de façon significative. L'AUC respectifs étaient : 0,703, 0,57 et 0,733. Nous avons déterminé la valeur seuil du RO qui était de 16 (Se=70%, Sp=60%) puis nous avons divisé nos patients en deux groupes selon cette valeur. Le groupe des patients avec un $\text{RO} > 16$ présentait plus de complications : EDC septique ($p=0,07$) et survenue de SDRA ($p=0,03$).

Le rapport optimisé a une valeur pronostique comparable à celle du score CURB-65 qui est un score largement validé et meilleure à celle du RNL.

FC 023 ENVENIMENTS SCORPIONIQUES GRAVES : QUELS PRÉDICTEURS DE PASSAGE EN RÉANIMATION ?

Auteurs :

G.Marzougui* (ghada.marzougui@etudiant-fmt.utm.tn): urgence Habib Bourguiba Sfax ..

M.Nbaya (nbaya.dali@gmail.com): urgence Hopital Regional de Gabes ..

R.Imene (Rejabimene@medecinesfax.com): Urgence Hôpital régional de Gabes ..

L'envenimation scorpionique est fréquente en Tunisie. Si la majorité des cas sont bénins, certaines formes graves nécessitent une réanimation. Identifier préocement les facteurs prédictifs est essentiel pour améliorer la prise en charge.

Déterminer les facteurs associés au risque d'admission en réanimation chez les patients envenimés par scorpion, à partir d'une analyse corrélationnelle clinique, biologique et paraclinique.

Étude observationnelle, rétrospective, menée entre janvier 2020 et décembre 2024. Inclusion des patients présentant une envenimation scorpionique confirmée, avec dossier complet. Les patients ont été classés selon une grille de gravité en 3 grades. Les données cliniques, biologiques, ECG et thérapeutiques ont été analysées. Les critères de jugement incluaient la nécessité de réanimation, l'évolution clinique, et les complications (neurologiques, cardiaques, multiviscérales).

Parmi les 84 patients inclus, 5 (6 %) ont été admis en réanimation. Les facteurs cliniques les plus fortement associés au passage en réanimation étaient : Défaillance cardiovasculaire ($r = 0,71$) Insuffisance respiratoire ($r = 0,65$) Hypotension ($r = 0,65$) Oedème aigu du poumon (OAP) ($r = 0,49$) Agitation ($r = 0,52$) Irritabilité ($r = 0,49$) Délai d'arrivée à l'hôpital ($r = 0,40$) Les enfants de moins de 5 ans étaient plus exposés aux complications sévères, notamment à l'œdème pulmonaire. Parmi les paramètres biologiques, seule la troponine I montrait une forte corrélation avec l'admission en réanimation ($r = 0,73$), traduisant une atteinte myocardique. Les marqueurs biologiques associés à la gravité comprenaient également l'hyperleucocytose ($r = 0,25$) et l'élévation des protéines plasmatiques. Concernant les données ECG et échographiques : Tachycardie sinusale ($r = 0,33$) FEVG 30–40 % ($r = 0,49$) FEVG <30 % ($r = 0,42$) À l'inverse, un ECG normal ($r = -0,24$) et une FEVG conservée ($r = -0,24$) étaient associés à un moindre risque de passage en réanimation. Aucun décès n'a été enregistré. Les effets secondaires liés à l'antivenin étaient rares (1,2 %), avec une seule réaction anaphylactique bénigne.

L'instabilité hémodynamique, l'atteinte myocardique (troponine élevée, FEVG altérée) et les signes neurologiques précoces sont les principaux prédicteurs de passage en réanimation. Leur reconnaissance rapide est essentielle pour une orientation et une surveillance adaptées.

FC 024 PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES INTOXICATIONS AIGUES CHEZ LES ADOLESCENTS EN REANIMATION

Auteurs :

M.Kharrat (kharratmalek1@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Ben Jazia (amira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Mellek* (mellekabdelkader@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

I.Touti (islemtouti7@gamil.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Azaza (asmaazaza8@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

H.Ben Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimaton médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

N.Brahmi (nzh.brahmi@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

Les intoxications aiguës chez l'adolescent constituent une urgence fréquente nécessitant souvent une hospitalisation en réanimation. Elles reflètent une vulnérabilité psychosociale et socio-économique avec une gravité variable selon la nature du toxique et la rapidité de la prise en charge.

Décrire le profil épidémiologique, clinique et évolutif des intoxications aigues chez les adolescents admis en réanimation toxicologique suite à une intoxication aigue.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive mono centrique incluant les patients âgés de moins de 18 ans admis en réanimation toxicologique suite à une intoxication aiguë entre le 1er Janvier et le 31 Décembre 2024. Les données collectées à partir des dossiers médicaux des patients comprenaient l'âge, le sexe, les scores de gravité à l'admission (IGS II, APACHE II), le niveau socio-économique, les antécédents psychiatriques et médicaux, la nature et la classe du toxique, ainsi que les données évolutives (prise en charge thérapeutique symptomatique et spécifique par antidote).

Cent-quatre patients ont été inclus. L'âge moyen était de $15,6 \pm 1,4$ ans avec sex-ratio=0,33 traduisant une nette prédominance féminine. La moyenne du score IGS II et APACHE II à l'admission étaient respectivement de $7,8 \pm 2,5$ et $10,2 \pm 3,4$. La majorité des patients provenaient du milieu urbain (73%), avec un niveau socio-économique moyen ou bas dans 80% des cas. Des antécédents psychiatriques étaient retrouvés chez 26% des patients dont la majorité (78%) était un trouble dépressif. Au moins une comorbidité médicale non psychiatrique a été rapportée chez 10% des patients. Il s'agissait principalement de pathologie asthmatique (79%). Les substances les plus impliquées étaient les psychotropes (75%), dominées par les benzodiazépines (27%), suivis de l'alpha chloralose (24%), du paracétamol (12%), de l'alcool (6%) et des drogues récréatives (5%). L'intoxication était volontaire dans un but d'autolyse chez 99% des malades. Le recours à la ventilation mécanique invasive était nécessaire chez 43% des patients. L'administration d'un antidote spécifique a été faite chez 18% des patients. Les principaux antidotes utilisés étaient le Flumazénil (suite à une intoxication aux benzodiazépines) et la N-Acétyl-Cystéine (suite à une intoxication par le paracétamol). Une instabilité hémodynamique avec recours aux amines vaso actives a été notée chez 6% des patients. Il s'agissait principalement de la noradrénaline. Aucun décès n'a été enregistré chez cette catégorie de malades.

Contrairement à l'intoxication chez les enfants qui est accidentelle, les intoxications chez les adolescents volontaire et réactionnelle est parfois un mode d'entrée en pathologie psychiatrique. Malgré

la fréquence des formes graves nécessitant une ventilation mécanique, l'évolution reste globalement favorable.

FC 025 INTOXICATIONS AUX CARDIOTROPES EN REANIMATION : UNE PROBLEMATIQUE EN AUGMENTATION

Auteurs :

M.Kharrat (kharratmalek1@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Ben Jazia (amira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Mellek* (mellekabdelkader@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

N.Aloui (alouinada19@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Azaza (asmaazaza8@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

H.Ben Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimaton médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

N.Brahmi (nzh.brahmi@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

Les intoxications aux cardiotropes constituent un problème de santé en Tunisie. Leur utilisation volontaire ou accidentelle entraîne une morbidité significative, nécessitant une prise en charge en réanimation toxicologique. L'augmentation de leur fréquence et de leur gravité suscite une inquiétude majeure.

Décrire le profil épidémiologique, clinique thérapeutique et pronostique des intoxications aux agents cardiotropes admis en réanimation toxicologique et étudier l'évolution de ce type d'intoxication dans le temps.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique et comparative menée durant l'année 2024 (1er Janvier-31 Décembre2024) au service de réanimation toxicologique. Ont été inclus les patients admis en réanimation pour intoxication aigue aux cardiotropes. Les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été collectées à partir des dossiers médicaux des patients et comparés aux données de l'année 2015 du même service.

Parmi 684 patients admis en 2024 en réanimation pour intoxication aigue, 103 cas (15%) concernaient une intoxication aux cardiotropes, contre 11% en 2015, traduisant une augmentation notable de ce type d'intoxications. L'âge moyen était de 38 ± 4 ans, avec un sexe ratio F/H de 0,45. La majorité des patients provenaient de milieux urbains (n=81) et présentaient un niveau socio-économique faible ou moyen (79%). La majorité des intoxications (98%) étaient volontaires dans but d'autolyse. Aucun antécédent psychiatrique n'a été noté chez 24% des patients. Le reste des patients était suivis pour diverses pathologies psychiatriques. Les molécules les plus fréquemment impliquées étaient les bêtabloquants (8% vs 7% en 2015), suivis des inhibiteurs calciques (5% vs 3% en 2015) et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) (2% vs 5% en 2015). Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 29% des patients (contre 30% en 2015). L'utilisation d'antidotes était enregistrée dans 47% des cas, et celle de drogues vasoactives dans 38% (contre 29% en 2015). La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours (contre 2 jours en 2015). La mortalité a augmenté de 3% à 5% entre les deux périodes.

Les intoxications aux cardiotropes connaissent une hausse significative au cours de la dernière décennie. Ceci souligne la nécessité d'un renforcement de la prévention, la prise en charge précoce et la sensibilisation aux risques liés à l'utilisation de ces molécules.

FC 026 ATTEINTE CARDIAQUE AU COURS DES INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE : LES EXPLORATIONS STANDARDS SONT-ELLES SUFFISANTES ?

Auteurs :

M.Kharrat (kharratmalek1@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Ben Jazia (aamira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

S.Jaziri* (jazirisouha@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A. Ben Messaoud (b.messaoud.amani@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A. Azaza (asmaazaza8@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

H.Ben Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimaton médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

N.Brahmi (nzh.brahmi@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

Les événements aigus cardiovasculaires associés à l'intoxication au monoxyde de carbone(CO) sont fréquentes. Ces anomalies peuvent être responsables de tableaux cliniques graves impactant le pronostic vital. Cependant, les explorations cardiaques sont souvent normales malgré des taux de troponines très élevés.

Etudier l'aspect clinique, biologique, électrique et échographique de la souffrance myocardique chez les patients admis en réanimation pour intoxication aigue grave au monoxyde de carbone.

Etude rétrospective incluant des patients admis au service de réanimation pour intoxication au monoxyde de carbone ayant présenté une atteinte cardiaque. La période d'étude s'entend du le 1er Janvier 2009 au 30 Aout 2025. Les données démographiques des patients, leurs comorbidités, leur état clinique ainsi que les données électrocradiographiques, échographiques et biologiques ont été collectées. L'atteinte cardiaque suite à une intoxication au CO a été retenue devant des anomalies électriques et/ou des troponines positives supérieures aux seuils du laboratoire (1,5ng\$ml) et/ou des anomalies échographiques.

Au total 281 patients ont été inclus, soit 32% des admissions pour intoxication au CO d'âge médian de 40 ans et sex-ratio=0,64. Une mesure de la carboxyhémoglobine a été réalisée chez 66,5% des patients, le taux médian était de 27,6%. Les principales comorbidités notées étaient: le diabète(n=39), l'hypertension artérielle(n=53), la cardiopathie ischémique(n=10), les valvuloptahies(n=4) et la fibrillation auriculaire(n=4). Le tableau clinique était fait de: céphalées(n=159), vertiges(n=108) perte de connaissance initiale(n=151), et coma(n=67). L'électrocardiogramme était pathologique chez 137 malades montrant principalement des modifications du segment ST et/ou des ondes T négatives. Le taux de troponine a été positif chez 200 parmi les 375 malades qui avaient eu un dosage avec un taux médian de la première valeur=2552,8ng/ml. Une échocardiographie transthoracique a été réalisée chez 38 malades. Elle était pathologique chez 11 patients. Les principales anomalies étaient une altération de la fraction d'éjection du ventricule gauche et une hypokinésie. Onze patients présentaient un état de choc cardiogénique et 57 ont nécessité une ventilation mécanique invasive. Une régression des anomalies échographiques et électriques avec diminution progressive du taux de troponines a été notée chez tous les patients. L'IRM cardiaque a été réalisée chez deux patients confirmant le diagnostic de myocardite. Parmi ces patients 120 ont bénéficié d'une oxygénothérapie hyperbare. Onze patients étaient décédés. La durée d'hospitalisation était significativement plus élevée chez les patients ayant présenté une atteinte cardiaque(2 jours versus 5 jours; p=0,029). La mortalité était aussi significativement plus importante chez les patients présentant une atteinte cardiaque (n=11 versus n=3; p<10-3).

Les troponines sont souvent élevées au cours des intoxications au CO malgré une échographie souvent normale. Ceci laisse penser que ces explorations sont peut-être insuffisantes. Une exploration poussée par échographie-strain ou IRM fonctionnelle seraient intéressantes pour mieux identifier ces anomalies.

FC 027 INTOXICATION AU MONOXYDE DE CARBONE CHEZ LA FEMME ENCEINTE : UN SUJET TOUJOURS D'ACTUALITE

Auteurs :

M.Kharrat (kharratmalek1@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Ben Jazia (amira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

S.Jaziri* (jazirisouha@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

I.Touti (islemtouti7@gamil.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Azaza (asmaazaza8@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

H.Ben Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimaton médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

N.Brahmi (nzh.brahmi@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

L'intoxication au monoxyde de carbone (CO) est fréquente en Tunisie et elle est responsable de tableaux cliniques graves et plusieurs décès particulièrement en saison froide. Cette intoxication est particulièrement redoutable chez les femmes enceintes vu le retentissement sur le fœtus.

Etudier le profil épidémiologique, clinique thérapeutique et évolutifs des patientes présentant une grossesse évolutive et admises en réanimation suite à une intoxication grave au monoxyde de carbone. Etude rétrospective descriptive mono centrique conduite entre le 1er Janvier 2009 et le 31 Septembre 2025. Ont été incluses toutes les patientes présentant une grossesse évolutive admises au service de réanimation toxicologique suite à une intoxication au monoxyde de carbone. N'ont pas été incluses les femmes enceintes admises pour autre intoxication aigues. Une atteinte cardiaque a été retenue devant un électrocardiogramme pathologique et/ou un taux de troponines positif et/ou une échographie trans thoracique pathologique. Les données démographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été collectées à partir des dossiers médicaux des patientes.

Au total, 90 patientes ont été incluses soit 10,2% du total des patients admis pour intoxication au CO durant cette période. L'âge médian était de 28 ans avec des extrêmes de 19 et 41 ans. Sept patientes présentaient des comorbidités. Il s'agissait principalement d'asthme(n=3) et de diabète(n=1). Deux patientes avaient des antécédents de grossesse pathologique. La durée médiane d'exposition au CO était de 2,5 heures. Les principales sources du gaz étaient un chauffage défectueux(n=53) et le brasero(n=35). Le taux de HbCO a été réalisé chez 55,6% des malades. Le taux médian était de 17,95% avec un taux maximum enregistré à 43,5%. Le tableau clinique à l'admission était fait de: céphalées(n=78; 86,7%), vertiges(n=45; 53,3%), vomissements(n=36; 40%) et perte de connaissance initiale(n=35; 38,9%). Deux patientes présentaient un coma à l'admission et deux présentaient un état de choc nécessitant la noradrénaline. Une atteinte cardiaque a été notée chez 15 patientes. L'électrocardiogramme était pathologique chez 7 patientes notant principalement des troubles de la repolarisation. Le taux de troponines était positif chez 9 patientes avec un taux médian à J01=404ng/ml. La ventilation mécanique invasive était nécessaire chez deux patientes pour une durée médiane de 9,5 jours. L'oxygénothérapie hyperbare a été réalisée chez 45,6% des malades, le reste des patientes a bénéficié d'une oxygénothérapie normobare de 12 heures. Un examen gynécologique a été réalisé chez toutes les patientes évaluant la viabilité du fœtus. Les complications notées étaient: mort fœtale in utero(n=2), un traumatisme crânien(n=1) et une poussée d'insuffisance cardiaque gauche(n=1). Une seule patiente est décédée.

Le pronostic maternel des intoxications au CO est bon si oxygénothérapie bien conduite. Cependant, le retentissement à moyen et à long terme sur les enfants issus de ces grossesses reste inconnu et nécessite un suivi afin de déceler les séquelles.

FC 028 Intoxications aiguës aux antiépileptiques en réanimation

Auteurs :

Amira Ben Jazia (amira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale CMYAMUR ..
MALAK KHARRAT (Malek.Kharrat@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR ..
ABDELKADER MALEK (amira.benjazia@fmt.utm.tn): réanimation médicale CMYAMUR ..
ASMA AZAZA (ASMA@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR ..
Hassen BEN Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR ..
NOZHA Brahmi (amira26juillet@uvt.tn): réanimation médicale CMYAMUR ..

Les intoxications aux antiépileptiques, fréquentes en raison de leur large utilisation clinique, représentent un enjeu médical important. L'objectif de cette étude était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, clinicobiologiques, et évolutives des patients admis en réanimation suite à une intoxication aiguë à la Carbamazépine (CBZ), à l'acide valproïque (AV), ou au Phénobarbital (PB) en identifiant leurs facteurs pronostiques.

Nous avons conduit une étude rétrospective sur des patients hospitalisés au service de réanimation pour intoxication aiguë à la CBZ, à l'AV ou au PB entre 2013 et 2023.

Nous avons inclus 594 patients. L'âge médian était de 29 ans et le sexe ratio était de 0,72. La moitié des patients (52,5%) avaient des antécédents psychiatriques et 28,6% des patients des antécédents d'épilepsie. La majorité des intoxications (96,6%) étaient volontaires. Pour la CBZ, les signes neurologiques étaient prédominants, avec un coma observé chez 37,3% des patients (n=125). Pour l'AV, les manifestations digestives dominaient, notamment des vomissements rapportés chez 51,8% des patients (n=72). Pour le PB, les signes respiratoires étaient les plus fréquents, avec une polypnée présente chez 31,7% des cas (n=38). La natrémie moyenne était significativement plus élevée lors d'intoxication par la CBZ ($p<0,05$). La glycémie moyenne était significativement plus élevée lors d'intoxication à l'AV ($p<0,001$). Les scores de sévérité étaient significativement ($p<0,001$) plus élevés lors d'intoxication par la CBZ. Le recours à la ventilation mécanique était plus fréquent pour la CBZ où il a été pratiqué chez 51,3% contre 38,3% pour l'AV et 23,7% pour le PB. Cette différence était statistiquement significative pour la CBZ ($p<0,001$). La mortalité était de 2,4% (n=8) pour la CBZ avec un seul décès pour l'AV.

La fréquence des intoxications aux antiépileptiques est en constante augmentation. Il est essentiel de sensibiliser les médecins de première ligne quant à leur gravité.

FC 029 INTOXICATION GRAVE AU MONOXYDE DE CARBONE : RETOUR SUR UNE EXPERIENCE DE 16 ANS EN REANIMATION TOXICOLOGIQUE

Auteurs :

M.Kharrat (kharratmalek1@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..
A.Ben Jazia (amira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..
S.Jaziri* (jazirisouha@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

H.Ben Hassine (benhassinehamza48@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Azaza (asmaazaza8@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

H.Ben Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimaton médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

N.Brahmi (nzh.brahmi@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

L'intoxication au monoxyde de carbone(CO) est l'une des intoxications les plus fréquentes dans notre pays. Elle est associée à une morbi-mortalité non négligeable. L'oxygénothérapie hyperbare (OHB), constitue une des principales thérapeutique dans la prise en charge de l'intoxication au CO.

Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients victimes d'une intoxication grave au monoxyde de carbone.

Etude descriptive, rétrospective monocentrique menée au service de réanimation toxicologique sur une période de 16 ans[1er Janvier 2009-30 Aout 2025]. Ont été inclus les patients admis en réanimation pour intoxication au CO. Une oxygénothérapie hyperbare(OHB) ou normobare a été prodiguée à tous les patients. L'intoxication grave était définie par la survenue d'atteinte neurologique(coma, perte de connaissance initiale, convulsion) et/ou atteinte cardiaque(anomalies électriques et/ou échographique et/ou élévation des troponines), et/ou grossesse évolutive et/ou taux de HbCO supérieur à 25%. Une comparaison entre les patients décédés et survivants ainsi que ceux ayant bénéficié d'oxygénothérapie hyperbare versus normobare a été réalisée

Au total 883 patients ont été inclus (5,4% des admissions en réanimation), d'âge médian de 31 ans et sexe ratio=0,52. Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle(n=85) et le diabète(n=64). Les principales sources du CO étaient: chauffage défectueux(n=673) et brasero(n=162). Il s'agissait d'une intoxication collective dans 40,7% des cas. La durée médiane d'exposition était de 2 heures. Le tableau clinique était fait de: céphalées(n=612; 69,3%), vertiges et vomissements(n=240; 27,2%), perte connaissance initiale(n=521; 59%) et coma(n=114; 12,9). Un état de choc à l'admission a été noté chez 43 malades. Le taux médian de HbCO(mesurée chez 62,6% des patients) était de 28%. Les anomalies biologiques les plus fréquentes étaient: insuffisance rénale aigue(n=62) et rhabdomylase(n=95) dont deux étaient compliqués de syndrome de loge. Une atteinte cardiaque a été notée chez 281(31,8%) des patients traduite par: un électrocardiogramme pathologique(n=137) principalement des troubles de la repolarisation, des troponines positives(n=200) avec un taux médian à J01=583,8ng/ml et une échocardiographie pathologique(n=11). La ventilation mécanique invasive était nécessaire chez 99(11,2%) malades pour une durée médiane de 48 heures avec un maximum de 24 jours. L'oxygénothérapie hyperbare a été réalisée chez 216(24,5%) malades. Le reste des patients a reçu une oxygénothérapie normobare de 12 heures. Quatorze malades sont décédés. Les patients ayant reçu une OHB ont présenté significativement moins de syndrome post intervalaire(205 versus 11; p<10-3). Les patients décédés présentaient une durée d'exposition au CO significativement plus importante(11,8heures versus 3,64heures; p=0,023). Aucune différence significatives entre patients décédés et survivants quant au taux d'HbCO initial(30,88 versus 27,35 ; p=0,709).

L'intoxication au CO constitue un problème de santé publique. Il s'agit d'un tueur silencieux vu son caractère inodore. La gravité est liée à son caractère rapidement létal et aussi aux séquelles neurologiques et cognitives d'où l'importance de la prévention.

FC 030 INTOXICATION A LA FLECAÏNE EN REANIMATION : ÉTUDE DE SERIE DE CAS

Auteurs :

M.Kharrat (kharratmalek1@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Ben Jazia (amira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

M.Cherif* (cherif.meriem97@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Mellek (mellekabdelkader@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Azaza (asmaazaza8@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

H.Ben Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimaton médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

N.Brahmi (nzh.brahmi@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

La flécaïne est un anti-arythmique de classe I C, à index thérapeutique étroit, peu prescrit en pratique courante. L'intoxication à la flécaïne est rare mais lorsqu'elle survient, elle peut être responsable d'une lourde morbi-mortalité

L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristique épidémio-cliniques, l'évolution et la prise en charge des intoxications aiguës par la flécaïne

Etude rétrospective descriptive mono centrique menée dans un service de Réanimation Toxicologique sur une période de 20 ans (Janvier 2005 -Décembre 2024), incluant tous les patients admis pour intoxication aigue à la flécaïne. Les données démographiques, cliniques, électrocardiographiques, thérapeutiques et évolutives ont été collectées à partir des dossiers médicaux exploitables.

Au total dix patients ont été admis pour intoxication à la flécaïne. L'âge médian était de 19 et ans avec des extrêmes entre 17 et 26 ans et un genre ratio de 1/9. Il s'agissait d'une tentative d'autolyse dans la majorité des cas(n=9) et d'une erreur thérapeutique chez un seul patient. L'intoxication était polymédicamenteuse dans la moitié des cas. Le délai médian entre l'ingestion de la flécaïne et l'admission était de 3,5 heure et la dose supposée ingérée médiane était de 1,1g [min:0,3g ; Max:2,3g]. Trois patients avaient une instabilité hémodynamique initialement (aux urgences) et une altération de l'état de conscience a été notée dans deux cas. Des anomalies à l'électrocardiogramme étaient présentes dans 100% des cas. Des troubles de la conduction ont été notés chez 80% des patients(n=8) à type de: bloc auriculo-ventriculaire de premier degré(n=6) avec un intervalle PR médian de 243 ms; bloc auriculo-ventriculaire de troisième degré(n=1); un bloc sino-auriculaire(n=1); un intervalle QT allongé (n=6) et élargissement du QRS(n=4). Sept patients présentaient un effet stabilisant de membrane à l'électrocardiogramme et ont reçu du bicarbonate de sodium. Deux patients ont reçu de l'atropine et un seul patient a été mis sous isoprénaline. Nous avons eu recours aux vasopresseurs ainsi qu'à la ventilation mécanique invasive dans deux cas. L'évolution a été favorable chez tous les patients inclus. Le délai médian de la normalisation de l'électrocardiogramme était de 2 jours et la durée d'hospitalisation moyenne en réanimation était de 3 jours. Aucun décès n'a été noté dans cette série.

L'intoxication aiguë à la flécaïne reste rare mais peut être à l'origine de troubles cardiaques sévères nécessitant une prise en charge spécialisée en milieu de réanimation afin de réduire le risque de mortalité.

FC 031 INTOXICATIONS AIGUËS AUX DROGUES RECREATIVES EN REANIMATION : ETAT DES LIEUX D'UN NOUVEAU PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE CHEZ LA JEUNESSE TUNISIENNE

Auteurs :

M.Kharrat (kharratmalek1@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Ben Jazia (amira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Mellek* (mellekabdelkader@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

H.Ben Hassine (benhassinehamza48@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

A.Azaza (asmaazaza8@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

H.Ben Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimaton médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

N.Brahmi (nzh.brahmi@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

La consommation des drogues illicites à but récréatif est populaire chez les jeunes tunisiens et en augmentation croissantes, cependant elle peut être responsable d'intoxications aiguës graves nécessitant une prise en charge en milieu de soins intensifs.

Décrire le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des patients admis en réanimation suite à une intoxication aiguë aux drogues récréatives et identifier les facteurs pronostiques associés à la survenue d'intoxication sévère.

Étude rétrospective descriptive conduite entre Janvier 2013 et Décembre 2024 au service de réanimation toxicologique incluant tous les patients admis en réanimation suite à une intoxication aiguë aux drogues récréatives. Les données démographiques, cliniques, biologiques ainsi que la prise en charge thérapeutique et l'évolution clinique ont été collectées à partir des dossiers médicaux. L'intoxication sévère était retenue devant la présence de détresse respiratoire et/ou neurologique, la survenue de crises convulsive et le recours à la ventilation mécanique invasive.

Ont été inclus 177 malades d'âge médian de 26 ans avec des extrêmes entre 15 et 88 ans et genre-ratio=3,2. Un antécédent psychiatrique a été noté chez 18,6% des patients et 53,7% étaient au chômage. La majorité(83%) étaient tabagiques et 70% consommaient régulièrement l'alcool. La moitié(51%;n=90) étaient toxicomanes au cannabis, 29%(n=51) à la MDMA et 16,4%(n=29) à la cocaïne. Seize patients étaient usagers de drogues intraveineuses. L'hospitalisation en réanimation était suite à la première consommation de drogues chez 39(22%) malades. La détresse neurologique était le principal motif d'admission en réanimation(46%;n=81). Le tableau clinique était fait d'agitation(28%;n=50), convulsions(14,7%;n=26), mydriase(31,6%;n=56), détresse respiratoire(18%;n=32) et état de choc(6,8%;n=12). Les anomalies biologiques les plus fréquentes étaient l'insuffisance rénale aiguë(16,4%; n=29) et la rhabdomyolyse(12,4%; n=22). La confirmation toxicologique a été réalisée chez 132(75%) malades. La drogue la plus fréquemment isolée était le cannabis(n=52), la MDMA(n=46), les opiacés(n=35) dont le type le plus fréquent était l'héroïne(n=18) et la cocaïne(n=27). Près de la moitié (44%, n=78) présentait une poly-intoxication à au moins deux types de drogues et/ou l'alcool. L'intubation orotrachéale était nécessaire chez 68 malades pour une durée médiane de 48 heures. Les complications les plus fréquentes étaient d'ordre thromboemboliques(n=15). La durée médiane de l'hospitalisation était de deux jours avec des extrêmes de 1 et 54 jours. Une intoxication sévère a été notée chez 86(48,6%) malades. Onze patients étaient décédés. Les facteurs pronostiques associés à la survenue d'intoxication sévère étaient l'intoxication à la MDMA($p=0,044$), et aux opiacés($p=0,007$) particulièrement l'héroïne($p=0,004$). La poly-intoxication était un facteur pronostique de survenue décès($p=0,003$).

Alors que le cannabis reste la drogue la plus fréquemment consommée, les tableaux cliniques les plus graves pouvant aboutir au décès sont secondaire à la MDMA et aux opiacés particulièrement l'héroïne. Il s'agit d'un véritable fléau chez la jeunesse tunisienne.

FC 032 Febrile Altered Mental Status During Heat Season, Diagnostic Challenges and Clinical Outcomes

Auteurs :

roua mahjoub (mahjoub.roua99@gmail.com): service des urgences hopital habib bourguiba sfax ..
hana kessentini (hnayen0@gmail.com): service des urgences hopital habib bourguiba sfax ..

mohamed zouari (mz.mohamed.zouari@gmail.com): service des urgences hopital habib bourguiba sfax
fedi ben ali (fedibenali456@gmail.com): service des urgences hopital habib bourguiba sfax ..
emna gharbi (emnalps@gmail.com): service des urgences hopital habib bourguiba sfax ..
noureddine rekik (Noureddinerekik26@gmail.com): service des urgences hopital habib bourguiba sfax ..

ChatGPT a dit : Altered consciousness is a frequent emergency presentation with diverse causes. During summer, fever-associated cases present diagnostic challenges between infection and heat-related illness

This study describes the clinical, biological, and outcome features of patients admitted with febrile altered consciousness in summer 2025.

This was a retrospective, observational, monocentric, descriptive study conducted in the Emergency Department of Habib Bourguiba University Hospital in Sfax, Tunisia, from June to September 2025. We included all patients admitted with altered consciousness associated with fever. Clinical, biological, imaging, therapeutic, and outcome data were collected from medical records and analyzed descriptively. A total of 28 patients were included, with a mean age of 67.6 ± 16.0 years (range: 25–89). There was a male predominance (64.3%; male-to-female ratio = 1.8). Most admissions occurred in July (42.9%) and August (39.3%). Heat exposure was reported in 6 patients (23.1%), limited access to water in 4 (15.4%), and poor ventilation or lack of air conditioning in 3 (11.5%). Comorbidities were frequent, mainly hypertension (33.3%), diabetes (25.9%), prior stroke (25%), heart disease (28.6%), and COPD (14.8%); 53.6% were bedridden. On admission, airways were patent in 78.6% of patients. The mean respiratory rate was 18 ± 1.5 breaths/min and heart rate 100.9 ± 21.9 bpm. The mean systolic and diastolic blood pressures were 127.8 ± 37.8 mmHg and 71.1 ± 17.8 mmHg, respectively. Extracellular dehydration was present in 5 cases. The mean GCS was 9.1 ± 3.9 ; focal neurological signs were noted in 8 patients (28.6%) and a meningeal syndrome in 2 (7.1%). Laboratory findings showed a mean plasma osmolarity of 309 ± 26.9 mmol/L, CPK 1155 ± 664 IU/L, CRP 110 ± 132 mg/L, WBC $12,920 \pm 4,953/\text{mm}^3$, and creatinine 189 ± 128 $\mu\text{mol}/\text{L}$. Chest X-ray revealed pneumonia in 2 patients (7.1%), and brain CT (n = 21) showed normal findings in 10 (35.7%), cortico-subcortical atrophy in 5 (17.9%), and ischemic stroke or chronic subdural hematoma in 1 each. Eight patients (28.6%) were diagnosed with heat stroke. All received rehydration (mean 4.48 ± 1.98 L/24 h) and symptomatic management. The mean hospital stay was 4.5 ± 3.6 days. Outcomes were favorable in 17 cases (60.7%), while 6 patients (21.4%) died

Altered consciousness with fever in summer is a common, serious emergency. While infections dominate, heat-related illnesses must be considered, especially in vulnerable patients. Early treatment and prevention through awareness and improved living conditions are crucial to reduce morbidity and mortality

FC 033 Infections neuroméningées en réanimation : profil épidémiologique, microbiologique et évolutif

Auteurs :

Nouira Wiem (wiemnouira1@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..
Zaibi Ai (3li.zaiibi@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..
ben Brahim slaheddine (Benbrahimsaladin@gmail.com): Réanimation médical CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..
Lahmar Manel (firassmal4@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..
Bouchallouf Hiba (Hiba.bouchallouf@etudiant-fmt.utm.tn): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..
Dhahbi Ons (Onsdhahbi6@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..
Maatouk Iyed (maatouk.yed@gmail.com.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..
Bedhiafi Emir (beghiafi.emir@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..
Dachraoui Fahmi (dachraoui.fahmi@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..

L.Ouane Besbes (lamiaouanes107@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..

Les infections neuroméningées, regroupant méningites et encéphalites, sont des urgences neurologiques graves nécessitant fréquemment une prise en charge en réanimation. Leur sévérité clinique, la difficulté du diagnostic étiologique et le risque élevé de séquelles en font un véritable défi thérapeutique.

L'objectif de cette étude était de décrire le profil épidémiologique, clinique, microbiologique et évolutif des patients admis pour une infection neuroméningée.

Étude rétrospective monocentrique menée dans le service de réanimation médicale de Monastir, incluant tous les patients admis pour une infection neuroméningée entre janvier 2017 et juillet 2025. Les atteintes non infectieuses ont été exclues. Les données démographiques, cliniques, microbiologiques, ainsi que les complications et les séquelles ont été analysées.

Quarante-sept patients ont été inclus. L'âge médian était de 44 ans (IQR : 27–52) et 66 % étaient de sexe masculin. Tous étaient admis en contexte de sepsis ou de choc septique, avec un score SOFA médian de 4 et un score APACHE II médian de 12,5. Une altération de la conscience était présente dans 80 % des cas (Glasgow médian : 10) et 38 % ont présenté un état de mal convulsif inaugural. La porte d'entrée était inconnue dans 60 % des cas. L'étiologie était bactérienne dans 38,3 % (essentiellement pneumocoque), virale dans 8,5 %, et indéterminée dans 53 %. Une ventilation mécanique a été nécessaire chez 82,2 % des patients. La mortalité était de 40 % et les survivants présentaient fréquemment des séquelles cognitives ou ORL. Deux récidives ont été notées à distance.

Les infections neuroméningées en réanimation touchent des patients souvent jeunes peu comorbides mais avec une présentation clinique grave. Le diagnostic étiologique reste difficile dans de nombreux cas, soulignant la nécessité de stratégies diagnostiques précoces et intégrées pour améliorer le pronostic.

FC 034 ANTIBIOTHERAPIE GUIDE PAR LA PROCALCITONINE LORS DES EXACERBATIONS SEVERES DES BRONCHOPNEUMOPATHIE OBSTRUCTIVE : ETUDE RANDOMISEE CONTROLEE

Auteurs :

H.Messoudi (mailto:hichem@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..

N.Hajer (nouirahajer@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..

N.Mizouri (Nadamizouri27@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..

E.Zinelabidine (eyazine@yahoo.fr): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..

R.Gharbi (rimgharbi2008@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..

H.Ben Sik Ali (habiba.sikali@hotmail.fr): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..

M.Fekih Hassen (mohamed.fekihhassen1@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..

O.Jaoued (Oussamajaoued@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..

S.Elatrous (souheilatrous@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..

Les antibiotiques sont systématiquement prescrits lors des épisodes sévères d'exacerbation aiguë de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), conformément aux recommandations actuelles. Selon les données récentes, un protocole guidé par la procalcitonine permet une réduction des prescriptions d'antibiotiques avec un impact pronostique variable.

Evaluer l'impact d'une une stratégie d'antibiothérapie guidée par la procalcitonine sur la diminution des prescriptions d'antibiotiques lors des exacerbations de BPCO et son impact sur le pronostic des patients.

Essai contrôlé randomisé, monocentrique, conduit sur une période de 03 années. Sont inclus les patients hospitalisés pour une exacerbation sévère de BPCO nécessitant le recours à la ventilation non invasive. Les patients éligibles seront répartis aléatoirement selon un schéma 1:1 dans le groupe standard ou le groupe procalcitonine. La procalcitonine était mesurée dans les 24 premières heures suivant l'admission. Groupe standard : les antibiotiques sont prescrits systématiquement. Groupe procalcitonine : la prescription d'antibiotiques sera guidée selon des seuils validés (0,25 ng/ml).

L'antibiotique prescrit sera soit l'amoxicilline-acide clavulanique, soit la lévofoxacine (selon présence d'allergie), pour une durée de 7 jours.

Durant la période d'étude, 57 patients étaient inclus. L'âge moyen était 68 ± 6 ans et l'APACEII moyen était 13 ± 3 . Le tiers des patients était sous oxygénothérapie à domicile et 26% sous VNI à domicile. La moitié des patients était GOLD D. L'échec de la VNI était observé dans 21% des cas. Avec une durée moyenne de séjour en réanimation de 9 ± 3 jours. La mortalité était de 7%. Dans le groupe PCT, l'antibiothérapie était prescrite dans 43% des cas. Soit une réduction de prescription d'antibiothérapie de 57%. Les deux groupes étaient comparables concernant les caractéristiques démographiques et les paramètres biologiques. La PCT était de $0,4 \pm 0,2$ ng/ml dans le groupe PCT versus $0,3 \pm 0,1$ ng/ml dans l'autre groupe, $p=0,2$. L'échec de VNI était de 20% dans le groupe PCT contre 22% dans le groupe standard ($p=0,8$). La durée de la VNI était de 6 ± 3 jours dans le groupe contrôle contre 7 ± 3 jours dans le groupe PCT ($p=0,1$). Il y avait une baisse significative du cout de l'antibiothérapie (31 IQR (28-31) DT par patient dans le groupe contrôle versus 0(IQR : 0-32) DT dans le groupe procalcitonine, $p<0,001$). Soit une baisse totale du prix de l'antibiothérapie de 53% lors de la période de l'étude. Il y avait plus d'exacerbation et d'hospitalisation dans les 90 jours suivant l'hospitalisation dans le groupe contrôle sans signification statistique (41% vs 22%, $p=0,1$ et 33% contre 13%, $p=0,09$, respectivement).

Un protocole d'antibiothérapie guidée par la PCT est « safe », il permet de réduire la prescription d'antibiothérapie de 57% sans impact sur le pronostic des malades.

FC 035 SEVERE ASTHMA EXACERBATION IN THE INTENSIVE CARE UNIT: IDENTIFYING EARLY WARNING SIGNS FOR MECANICAL VENTILATION

Auteurs :

S.Bel Haj Youssef1 (sourourbelhajyoussef1@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) ..

H. Sfar1 (dr.sfar.haifa@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) ..

Z. Mahjoubi1* (zainebslaheddine@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) ..

I.Ketata1 (ketataimene@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) ..

D. Ben Braiek1 (bbraiek.dhouha@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) ..

G. Rannen1 (ghada.rannen@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) ..

H.Zorgati1 (zorgati.hend@yahoo.fr): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) ..

I. Abaidi1 (ichrakabaidi99@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) ..

A. mansouri1 (asmamansouri098@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) ..

A. Kacem2 (kacem.amani@gmail.com): 2: Pulmonology department Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) ..

I. Kharrat2 (imenkharrat.slah@gmail.com): 2: Pulmonology department Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) ..

R. Ben Jazia2 (rahmarr757@yahoo.fr): 2: Pulmonology department Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) ..

J. Ayachi1 (ayachijihen@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) ..

Severe asthma exacerbations may progress to acute respiratory failure requiring intensive care admission and often invasive mechanical ventilation. Identifying early clinical and biological predictors of mechanical ventilation is crucial to optimize management and improve patient outcomes.

This study aims to describe clinical features of severe asthma in ICU and determine factors associated with invasive mechanical ventilation to enhance monitoring and therapeutic decisions.

This retrospective observational study included adult patients admitted to the ICU for severe asthma exacerbations between April 2022 and August 2025. Demographic data, clinical features, management and outcome were recorded. The primary outcome was the need for invasive mechanical ventilation within 48 hours.

During the study period, 30 patients were included. Median age was 30 years (IQR:20.5–40), with 60% female. Among the patients, 10 (33.3%) had a known history of severe asthma, 21 (70%) had uncontrolled asthma, and 9 (30%) had a previous ICU admission, with only 1 patient previously intubated. The most frequent trigger for exacerbation was respiratory infection (n=22, 73.3%), followed by treatment non-adherence (n=18, 60%) and exposure to allergens (n=16, 53.3%). At admission, the median IGSII and APACHE II scores were 11.5 (IQR:9.7–19.5) and 6 (IQR:3–9), respectively. Median pH and PaCO₂ were 7.36 (IQR:7.26–7.41) and 34 mmHg (IQR: 28.7–48.5), respectively. Eight patients (26.7%) required intubation, with a median time to intubation of 1 hour. Of these, seven were successfully extubated after a median duration of 4 days (IQR:0–7) of mechanical ventilation. After orotracheal intubation, the mean auto-PEEP was 6.13 ± 2.64 cmH₂O. Seven patients (23.3%) experienced ICU complications, mainly septic shock (n=6, 20%). Only one patient (3.3%) died. In univariate analysis, predictors of invasive mechanical ventilation were higher IGSII ($p=0.01$) and APACHE II scores ($p=0.003$), treatment non-adherence ($p=0.007$), PaCO₂ >45 mmHg ($p<10.3$), and pH <7.25 ($p<10.3$). In multivariate analysis, PaCO₂ >45 mmHg was the only independent factor associated with invasive mechanical ventilation (OR=20.9, 95% CI:1.41-309.29, $p=0.027$).

Patients admitted to ICU for severe asthma are at risk of invasive ventilation. Elevated PaCO₂, high severity scores, and treatment non-adherence predict invasive ventilation. Early monitoring and timely intervention may improve management.

FC 036 PNEUMONIES AIGUES COMMUNAUTAIRES GRAVES EN RÉANIMATION: FACTEURS ASSOCIES A LA MORTALITE

Auteurs :

J. Guissouma (jihene.guissouma@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

H. Allouche (hendallouche@gmail.com): Réanimation médicale Hopital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

H. Brahmi (wtbrahmi@gmail.com): Réanimation médicale Hopital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

D. Berkhaies* (dorraberkhaies@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

S. Nasri (syrinenasri8@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

H. Ghadhoune (hatem.ghadhoune@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

La pneumonie aigue communautaire grave (PACG) est une cause fréquente d'hospitalisation en réanimation. Elle est associée à une surmortalité variant de 20 à 50 %. L'identification précoce des facteurs pronostiques pourrait orienter la stratégie thérapeutique et améliorer l'issue des patients.

Evaluer les facteurs associés à la mortalité chez les patients admis en réanimation pour PACG.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive étalée sur 10 ans (2015 à 2024) réalisée dans un service de réanimation médicale. Tous les patients admis en réanimation pour PACG avec des données complètes ont été inclus. Les pneumopathies à SARS CoV-2 n'ont pas été incluses. Les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies et analysées au moyen du

logiciel SPSS 23. Une étude descriptive a été suivi par une étude analytique par régression logistique comparant les caractéristiques des patients survivants aux décédés afin de déterminer les facteurs associés à la mortalité.

Pendant la période d'étude, 152 patients d'âge moyen 62 ± 16 ans avec un genre-ratio de 1,8 étaient inclus. Les principales comorbidités notées étaient le diabète (34%), l'HTA (33%) et la BPCO (28%). Les scores IGSII et APACHEII moyens étaient respectivement 39 ± 13 et 18 ± 7 . A l'admission, 34% des patients étaient en SDRA, 15% en coma et 14% en état de choc (EDC). Le rapport $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ moyen était 182 ± 95 . La RX thorax a montré un foyer lobaire dans 27% des cas et des images extensives dans 73% des cas. Les prélèvements bactériologiques étaient positifs dans 46 cas (30%) avec comme principaux germes : le pneumocoque (11 cas) et le staphylocoque (7 cas). On a compté 14 pneumopathies virales dues essentiellement aux virus de la Grippe A H1N1 (8 cas) et H3N2 (4 cas). L'antibiothérapie probabiliste était une bithérapie dans 82% des cas. La VNI était indiquée dans 57 cas (37%) avec un échec dans 21 cas. La VI était nécessaire dans 70 cas (46%). L'infection associée aux soins (IAS) compliquée d'EDC était la principale complication évolutive (20%). Les durées médianes de VI et de séjour étaient respectivement 10 (6-23) et 9 (6-17) jours. La mortalité totale était de 40% et de 65% en cas d'intubation. Les facteurs associés à la mortalité en analyse univariée étaient : l'IGSII ($p=0,001$), l'APACHE II ($p=0,008$), l'hypoxémie ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, $p=0,001$), le SDRA ($p<10^{-3}$), la VI ($p<10^{-3}$) et l'IAS compliquée d'EDC ($p<10^{-3}$). Le SDRA ($p=0,023$) et l'IAS compliquée d'EDC ($p=0,008$) étaient les deux facteurs indépendants de mortalité.

La gravité du tableau clinique initial et les IAS compliquées d'EDC étaient les principaux facteurs pronostiques des PACG. Une prise en charge précoce et optimale ainsi qu'une lutte rigoureuse contre les IAS pourraient améliorer la survie en réanimation.

FC 037 ENFANTS ATTEINTS DE TUMEURS MALIGNES EN REANIMATION PEDIATRIQUE : IMPACT DES COMPLICATIONS RESPIRATOIRE SUR L'ISSUE CLINIQUE?

Auteurs :

W.Ben Hadj Ali (wiem2014@gmail.com): Service de réanimation pédiatrique Farhat Hached Sousse ..
S.Mdimegh* (dr.safamdimagh@gmail.com): Service de réanimation pédiatrique Farhat Hached Sousse ..
N.Jaballah (Jaballah.nesrine1@gmail.com): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..
K.Raoudha (raoudha_kebaili@yahoo.fr): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..
M.Abdelbari (marwa.abdelbari1@gmail.com): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..
H.Ben Belgacem (hajerbenbelgacem88@yahoo.com): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..
N.Soyah (najla.soyah@gmail.com): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..
J.Bouguila (jbouguila@yahoo.fr): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..
A.Tej (ameltej@yahoo.fr): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..
S.Tilouche (samiatilouche@yahoo.fr): Service de réanimation pédiatrique Farhat Hached Sousse ..
L.Boughamoura (lamia_boughamoura@yahoo.fr): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..

Les enfants atteints de pathologies tumorales représentent une population particulièrement vulnérable aux complications graves, notamment respiratoires, en contexte de soins intensifs. En réanimation pédiatrique, les défaillances respiratoires aiguës, souvent secondaires à des infections ou à la progression de la maladie, peuvent compromettre significativement le pronostic vital.

Cette étude vise à analyser la fréquence des complications respiratoires, leurs causes principales, et leur impact sur la mortalité, la durée de séjour et l'évolution clinique en soins intensifs.

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée sur une période de 5 ans (du 31 janvier 2020 au 31 janvier 2025) au sein de l'unité de réanimation pédiatrique de l'hôpital Farhat Hached de Sousse. Ont été inclus tous les enfants atteints de pathologie tumorale ayant nécessité un transfert en réanimation, en lien notamment avec une complication respiratoire.

Trente-huit admissions ont été recensées. La détresse respiratoire était le principal motif d'admission (39,4 %). Parmi les patients, cinq ont été pris en charge par ventilation non invasive, tandis que 20 (52,6 %) ont nécessité une ventilation mécanique invasive, avec une durée moyenne de $6,2 \pm 5,3$ jours. Les

complications respiratoires comprenaient principalement des pneumonies infectieuses, des syndromes de détresse respiratoire aiguë (SDRA), et des épanchements pleuraux. L'instabilité hémodynamique associée était fréquente, et 26,3 % des patients ont nécessité un soutien par drogues vasoactives. La mortalité était significativement plus élevée chez les patients présentant une atteinte respiratoire sévère, nécessitant une ventilation mécanique ($p = 0,002$) ou un soutien hémodynamique ($p = 0,001$). Le score PRISM a eu tendance à sous-estimer la mortalité dans ce sous-groupe, bien qu'il ait conservé une bonne capacité discriminante.

Les complications respiratoires constituent la principale cause d'admission en réanimation pédiatrique chez les enfants atteints de cancer, et sont fortement associées à un mauvais pronostic. Une prise en charge précoce, adaptée et multidisciplinaire est essentielle pour améliorer les résultats cliniques. Le recours à la ventilation mécanique et aux amines vasoactives sont des indicateurs de gravité à considérer dans l'évaluation du pronostic.

FC 038 BAP-65 OR DECAF: WHICH IS THE MOST RELIABLE TOOL FOR PREDICTING MORTALITY IN ACUTE COPD EXACERBATIONS?

Auteurs :

D.Ben Braiek1 (bbraiek.dhouha@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

N.Boukadida1* (nadinebkd@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

R.Hidri1 (rannouch.hidri6@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

S.Bel Haj Youssef1 (sourourbelhajyoussef1@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

A.Mansouri1 (asmamansouri098@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

H.Sfar1 (dr.sfar.haifa@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

I.Kharrat2 (imenkharratslah@gmail.com): 2: Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

A.Kacem2 (kacem.amani@gmail.com): 2: Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

R.Ben Jazia2 (rahmarr757@yahoo.fr): 2: Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

J.Ayachi1 (ayachijhen@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit bn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

Accurate risk assessment in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is essential for guiding management and predicting outcomes. Among available tools, the DECAF and BAP-65 scores are widely used, yet their relative predictive performance remains debated.

To compare the ability of DECAF and BAP-65 scores to predict mortality and need of invasive mechanical ventilation (IMV) in critically ill patients with acute exacerbations of COPD.

A retrospective observational study was conducted in 9-bed medical ICU including patients admitted for acute exacerbations of COPD between October 2021 and June 2023. Demographic, clinical, and laboratory data were collected at admission. For each patient, DECAF (dyspnea, acidosis, consolidation, acidemia, atrial fibrillation) and BAP-65 (blood urea nitrogen, altered mental status, pulse, age \geq 65 years) scores were calculated. The primary outcome was the ICU mortality. Secondary outcomes included the need for invasive mechanical ventilation (IMV). Predictive performance of both scores was compared

using ROC curve analysis, sensitivity, specificity, and area under the curve (AUC). An AUC>0.7 indicates a fairly accurate test.

A total of 75 patients hospitalized for acute exacerbations of COPD were included with mean age of 66 ± 9.5 years; 66(88%) patients were male. They had predominantly COPD group E, 49(72.1%) and mMRC score at III and IV, 45(66.2%). The most frequent comorbidities were diabetes 13(17%), hypertension 15(20%). Median Charlson index was 3[3-5]. On admission, median BAP-65 class and DECAF score were respectively 2[2-3] and 2[1-3]. Seventy (93.3%) patients were initially treated with non-invasive ventilation, mean HACOR score at 1-2 h was 5.7 ± 3.3 . Seventeen patients (22.7%) required invasive mechanical ventilation. Median ICU stay was 7[4-10] days. The mortality rate was 13(17.3%). ROC analysis showed that BAP-65 had higher predictive value for in-hospital mortality (AUC=0.73, 95%CI 0.58–0.89; p=0.009) compared to DECAF (AUC=0.66, 95%CI 0.49–0.82; p=0.07). BAP-65 score correlated better with need for invasive mechanical ventilation (AUC=0.74, 95%CI 0.59–0.89; p=0.003) compared to DECAF (AUC=0.65, 95%CI 0.55–0.79; p=0.056). Overall, BAP-65 score was a good tool, better than DECAF score, in predicting mortality in acute COPD exacerbations admitted in ICU. The optimal cut-off value of BAP-65 for the prediction for ICU mortality were class 3 (Se 0.69, Sp 0.70). For IMV requirement prediction, the cut-off was class 3 (Se 0.71, Sp 0.72).

In this study, both DECAF and BAP-65 effectively predicted poor outcomes in acute COPD exacerbations, with BAP-65 showing superior predictive performance in ICU mortality and need for IMV, supporting its use for early risk stratification and clinical decision-making.



FC 039 Role of lung ultrasound in the diagnostic and therapeutic management of intensive care unit patients

Auteurs :

Iyed Matouk (maatouk.yed@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

S.Ajleni (syrineajleni@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

M.Tagourti (tagourtimalek2023@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

C.Chelbia (chouroukchelbia@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

A.Maatouk (amani.maatouk23@gmail.com): service de médecine préventive et communautaire University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

M.Lahmar (firassmal4@gmail.com): medical Intensive Care Unit niversity Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

W. Nouira (wiemnouira1@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

E.BEDHIAFI (bedhiafiemir@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

z. Hammouda (zanoubia83@hotmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

F. Dachraoui (dachraoui.fahmi@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

L.Besbes Ouanes (Lamiaouanes107@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

Pleuro-pulmonary ultrasound has revolutionized the management of critically ill patients by providing a rapid, accurate, and non-invasive diagnostic and therapeutic tool

We aimed to determine the role of Pleuro-Pulmonary Ultrasound in the management of patients admitted in our intensive care unit (ICU) for acute respiratory failure (ARF).

We conducted a cross-sectional study in a medical ICU from July 2024 to April 2025 among patients admitted for ARF on admission or during their stay in the ICU. Data were collected prospectively. Data entry and analysis were performed using SPSS software version 26.

A total of 64 patients received an ultrasound examination. The majority were male (69%). Their mean age was 57 ± 17 years. Almost the half of patients had respiratory diseases (49.1%). APACHE II mean was 13 ± 6 . IGS II mean was 26.5 ± 11 . The mean of delay of stay was 24 ± 14 . A total of 95 Pleuro-Pulmonary Ultrasound were performed. According to lung ultrasound findings, pulmonary parenchymal abnormalities were as follows: B-lines (62%), consolidation (26%), absence of lung sliding (3.8%), normal findings (1.2%) and combined B-lines with consolidation (1.2%). The most frequently suggested diagnoses associated with acute respiratory failure were pneumonitis (33.4%), cardiogenic pulmonary edema (23.8%), acute respiratory distress syndrome (19%), atelectasis (19%), pneumothorax (4.8%), and pleural effusion (4.8%). Lung ultrasound enabled the rectification of the diagnosis, its confirmation, modification of therapeutic management, and monitoring of therapeutic interventions (36.5%, 61.5%, 80.6% et 48.4% of cases respectively). The most frequent interventions after lung ultrasound involved fluid management and diuretic (31.4%), followed by positioning with PEEP adjustment (25.8%), antibiotic changes (8.6%), and drainage (2.9%).

Pleuro-pulmonary ultrasound played a key role in the management of patients admitted for ARF, effectively guiding and personalizing therapy. Promoting training and expertise in this radiation-free modality is essential to optimize patient management.

FC 040 Intérêt de l'échographie diaphragmatique au cours des exacerbations de bronchopneumopathie chronique

Auteurs :

N. Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan ..

H. Bouchallouf (hiba.bouchallouf@etudiant-fmt.utm.tn): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan ..

B. Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan ..

K. Ben Ismail (khaoula.benismail@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan ..

H. Chaabouni (hamdichaabouni@yahoo.fr): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan ..

F. Essafi (fatma.essafi@fmt.utm.tn): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan ..

T. Merhabene (takouamg@yahoo.fr): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan ..

L'exacerbation des bronchopathies obstructives chroniques (BPCO) est un état pathologique fréquent. L'évaluation de la fonction diaphragmatique à l'aide de l'échographie est de plus en plus répandue

permettant d'obtenir des informations anatomiques et fonctionnelles supplémentaires d'ordre diagnostique et pronostique.

Évaluer les performances de l'échographie diaphragmatique en mesurant différents paramètres (excursion diaphragmatique (DE), temps d'inspiration (IT) et fraction d'épaississement (TF)) pour prédire l'intubation au cours d'une exacerbation de BPCO.

Étude prospective menée sur une période de 2 ans, dans le service de réanimation, incluant des patients présentant une exacerbation de BPCO et traité initialement par VNI. L'échographie diaphragmatique a été réalisée dans le cadre de l'examen initial du patient avant la ventilation mécanique. Les examens échographiques ont été réalisés par le même opérateur à l'aide d'un appareil d'échocardiographie commercial (Vivid T8). La fonction des hémidiaphragmes droits a été évaluée en mesurant l'excursion diaphragmatique (DE), le temps d'inspiration (IT) et la fraction d'épaississement (TF). Les mesures ont été effectuées en position assise et la moyenne a été calculée à partir d'au moins trois cycles respiratoires différents. Les mesures échographiques et les paramètres cliniques obtenus par la suite ont été enregistrés et analysés. Deux groupes ont été identifiés : G1= patients avec succès VNI et G2= ceux ayant nécessité le recours à la VMI après échec VNI. Les patients dont la ventilation mécanique a été indiquée avant l'échographie diaphragmatique ont été exclus de l'étude.

Pendant la période de l'étude, 71 patients ont été enrôlés. L'âge moyen était de $66,6 \pm 10,7$ ans. Le ratio hommes/femmes était de 5,5. Les comorbidités les plus fréquentes étaient : l'obésité (35,2%), l'hypertension artérielle (32,4%) et le diabète (11,2%). Une dyspnée de base était retrouvée chez 65 patients, et évaluée à un stade 1 et 2 mMRC chez 54 patients. Quinze patients étaient sous oxygénothérapie au long cours et 11 étaient sous ventilation à domicile. La sévérité de l'exacerbation était sévère dans 36 cas (51%) et modérée dans 35 cas (49%). La cause d'exacerbation était principalement une trachéobronchite virale (36,6%). Parmi les 71 patients, 22 ont nécessité une VMI. L'intubation a eu lieu avec un délai médian de 3,2 jours [1-10]. Les deux groupes étaient comparables en termes de données démographiques et cliniques ; une durée d'hospitalisation significativement plus prolongée a été notée chez le groupe 2 (11[2-78] vs 3[1-60]). En comparant les mesures échographiques entre les deux groupes, nous avons noté que le DE était plus important dans le G1 ($2,8 \pm 0,9$ cm vs $2,3 \pm 0,9$ cm; $p = 0,063$) et l'IT plus prolongé dans le G1 ($0,66 \pm 0,27$ s vs $0,54 \pm 0,19$ s; $p = 0,069$). La TF était plus élevée dans le G1 ($56 \pm 21\%$ vs $40 \pm 29\%$; $p = 0,011$).

L'échographie diaphragmatique semble être un outil prometteur pour prédire les résultats chez les patients BPCO en exacerbation ; cependant, d'autres études avec un grand nombre de patients sont nécessaires pour valider son efficacité.

FC 041 Impact psychologique et socio-économique des soins à domicile sur les parents soignants

Auteurs :

Emna Rachdi (emna.rachdi@fmt.utm.tn): réanimation médicale Abderrahman Mami ..

Abir Dardour (dardourabir08@gmail.com): réanimation médicale Abderrahman Mami ..

Selim Sellaouti (sellaaoutiselim@gmail.com): Réanimation médicale Abderrahman Mami ..

Houda Snène (houda.snene@fmt.utm.tn): Pneumologie CHU Mongi Slim ..

Bechir Louzir (bechir.louzir@fmt.utm.tn): Pneumologie CHU Mongi Slim ..

Jalila Ben Khelil (jalila.benkhelil@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Abderrahman Mami ..

Après un séjour en réanimation, la prise en charge à domicile des patients sous oxygénothérapie de longue durée (OLD), ventilation assistée à domicile (VAD) et/ou trachéotomisés impose aux parents qui les prennent en charge un engagement quotidien intense et une responsabilité accrue qui peut avoir des conséquences psychologiques et socio-économiques importantes, qui est mal évalué.

Evaluer le retentissement psychologique et socio-économique des soins à domicile de patients sous VAD et/ou OLD et/ou trachéotomisés, sur leurs parents soignants.

Il s'agit d'une étude descriptive transversale multicentrique menée dans 2 services de réanimation médicale et un service de pneumologie sur une période de 03 mois (de Juillet 2025 à Septembre 2025).

Au cours du suivi en consultation, les parents prenant en charge à domicile un patient sous OLD et/ou VAD et/ou trachéotomisé depuis au moins 3 mois ont été interrogés après consentement éclairé. L'ensemble des données sociodémographique, clinique, et évolutives ont été collectées et analysées. Trois investigateurs différents ont colligé chacun les participants de son centre, en utilisant les mêmes questionnaires validés et qui ont été traduits en arabe : Hospital Anxiety and Depression scale (HAD), le questionnaire de la qualité de vie SF-12 et le Zarit Burden Interview (ZBI).

Un total de 40 aidants a participé à cette étude dont l'âge moyen était de 53 ans \pm 14 ans (extrêmes de 19 et 75 ans). Le genre ratio était de 3,5 avec une prédominance féminine. La moitié (52%) des participants n'avaient pas d'antécédents médicaux, 97% étaient sans antécédents chirurgicaux, et aucun d'entre eux n'avait d'antécédent psychiatrique. Ils étaient des conjoint(e)s dans 32% des cas. Ces aidants prenaient en charge des patients ayant un âge moyen de 58 ans et ayant comme type de support à domicile : OLD dans 47% des cas, VAD dans 13% et associés dans 32% des cas. La durée moyenne de prise en charge dépassait les 3 ans et le nombre moyen d'heures de soins par jour était de 2 heures. La majorité (97%) des aidants estiment avoir des difficultés physiques et/ou médicales secondaires à la prise en charge du patient, 40% ne disposaient pas de soutien psychologique professionnel (mais aimeraient en bénéficier) contre 5% qui ont avaient de façon régulière. Le salaire moyen variait entre 500 et 999dt, avec un impact des soins sur le budget qui était important chez 57% des aidants et 87% ne disposaient pas d'aide financière. La qualité de vie, était fortement altérée, avec des scores particulièrement bas. Le fardeau subjectif était sévère, avec un score ZBI moyen de 43. Quarante-sept pourcent des aidants se situaient dans la zone de fardeau sévère suggérant un risque d'épuisement élevé. Le Score SF 12 objective un état de santé physique et mentale moins bonne que la moyenne pour la totalité des aidants. Quant à la prise en charge, 42% sont assez satisfait de la qualité de l'accompagnement médical, de même que pour l'accès à l'information et l'équipement médical.

Les parents prenant soin des patients sous VAD, OLD et/ou trachéotomisés à domicile présentent des niveaux alarmants de détresse psychologique. Ces résultats soulignent l'urgence de développer des programmes de soutien psychologique systématique, de formation renforcée et des solutions de répit spécifiques pour cette population, véritable maillon faible et pourtant essentiel à la chaîne de soins.

FC 042 Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in post-intensive care unit setting: Assessment of patients' quality of life

Auteurs :

Emna Rachdi (emna.rachdi@fmt.utm.tn): réanimation médicale Abderrahman Mami ..

zahra Neji (nejizahra@yahoo.com): réanimation médicale Abderrahman Mami ..

fatma jarraya (fatma.jarraya@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Abderrahman Mami ..

Nacef Ben Mrad (nacef.benmrاد@fmt.utm.tn): reanimtion médicale Abderrahman Mami ..

Selim sellaouti (sellauoutiselim@gmail.com): Réanimation Médicale Abderrahman Mami ..

Amira Jamoussi (amira.jamoussi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Abderrahman Mami ..

Samia Ayed (samia.ayed@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Abderrahman Mami ..

Jalila Ben Khelil (jalila.benkhelil@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Abderrahman Mami ..

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) represents a public health problem due to its morbidity and mortality worldwide. This disease, which has a high prevalence in TUNISIA (estimated at 7.8%), is disabling and responsible for a profound deterioration in the health status of patients. Several studies have shown that the quality of life of patients with COPD is impaired even at an early stage of the disease.

To assess the quality of life (QoL) among COPD patients who needed hospitalization in intensive care department (ICD) whether or not on home oxygen therapy (HOT) and/or home non-invasive ventilation (NIV) and to identify associated risk factors of its impairment.

A monocentric, cross-sectional, observational study was conducted in the ICD outpatient clinic , from January 2024 to February 2025. COPD patients, stable for at least 3 months post-ICD discharge, were divided into two groups: those receiving HOT and/or NIV (Group 2) and those without (Group 1).

Validated Arabic versions of the The 12-item Short Form Health Survey (SF-12), St. George's Respiratory Questionnaire for COPD patients (SGRQ-C) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used to assess physical, psychiatric, and social QoL. Univariate and multivariate analyses were performed to identify associated risk factors.

Sixty-two patients were included, with a mean age of 67.7 years and a male-to-female ratio of 2.64. Group 2 patients were older (70.5 vs. 65 years; $p = 0.01$). For the SF12-Score, mean Physical Component Summary (PCS) was at 31.9 ± 9 with 95% of patients below 50 and mean Mental Component Summary (MCS) at 48.3 ± 14 without difference between groups (respectively $p=0.1$ et 0.2). However, Group 1 reported more severe activity limitations (SGRQ-Activity: 90.9 vs. 75.2, $p = 10-3$). Anxiety and depression symptoms affected respectively 46.8% and 33.9% of patients, respectively. Multivariate analysis showed that an SGRQ-Symptoms score >65.05 was strongly associated with psychiatric impairment (HR = 27, 95% CI [5.4–135], $p < 0.001$). An abnormal MCS-12 score was also an independent risk factor for physical symptom burden (HR = 8.1, $p = 0.04$). No significant predictors were identified for social QoL impairment.

COPD patients post-ICD hospitalization experience significant physical and psychological QoL impairment, regardless of home ventilation status. Psychiatric status and symptom burden are closely linked, emphasizing the need for routine mental health screening in this population. Hence the interest of their systematic screening.

FC 043 Application de l'intelligence artificielle à la prédition de la mortalité chez les patients atteints de pneumonie aiguë communautaire grave (PAC°)

Auteurs :

M.N.AZZOUZ (noussair.azz@gmail.com): Réanimation Médicale La Rabta ..
A.MEHDI (asmaelmahdi245@gmail.com): Réanimation Médicale La Rabta ..
M.CHERIF (Cherif.meriem97@gmail.com): Réanimation Médicale La Rabta ..
I.Ben Braiek (ikrambenbraiek@gmail.com): Réanimation Médicale La Rabta ..
E.SEGHIR (eya.seghir.91@gmail.com): Réanimation Médicale La Rabta ..
A.Ouhibi (ouhibasma4@gmail.com): Réanimation Médicale La Rabta ..
L.MESSAOUD (lyndamessaoud1991@gmail.com): Réanimation Médical La Rabta ..
A.TRIFI (trifahlem2@gmail.com): Réanimation Médical La Rabta ..
S.ABDELLATIF (abdelatifsamy@gmail.com): Réanimation Médical La Rabta ..

La pneumonie aiguë communautaire grave constitue une cause majeure de morbi-mortalité en réanimation. Les scores pronostiques classiques présentent une précision limitée. L'intelligence artificielle, via l'apprentissage automatique, pourrait améliorer la prédition précoce et individualisée de la mortalité à 30 jours.

Développer et évaluer des modèles d'apprentissage automatique pour prédire la mortalité à 30 jours chez les patients atteints de pneumonie aiguë communautaire grave, et les comparer aux scores pronostiques conventionnels.

Étude rétrospective monocentrique incluant 300 patients adultes admis en réanimation entre 2023 et 2025. Les données cliniques et biologiques initiales ont été prétraitées (imputation, standardisation, encodage) puis réparties en training set (70 %) et test set (30 %). Trois modèles supervisés ont été développés : Random Forest, XGBoost et K-Nearest Neighbors (KNN), optimisés par GridSearchCV (validation croisée à 5 plis). Les performances ont été évaluées par l'AUC ROC, la sensibilité, la spécificité, la précision, le F1-score et le Brier Score, et comparées aux scores SOFA, APACHE II, PSI et CURB-65.

Parmi les 300 patients admis en réanimation pour pneumonie aiguë communautaire grave, la mortalité à 30 jours était de 28,3 %. Cent dix-huit variables cliniques et biologiques initiales ont été intégrées dans l'analyse. Les variables les plus fortement associées à la mortalité étaient la ventilation mécanique invasive, le choc septique, l'insuffisance rénale aiguë et le syndrome de détresse respiratoire aiguë. Le

modèle XGBoost a obtenu les meilleures performances avec une AUC = 0,961 (IC95 % : 0,947–0,975), une exactitude = 0,933, une sensibilité = 0,918, une spécificité = 0,945, un F1-score = 0,903 et un Brier Score = 0,0631. Le modèle Random Forest présentait une AUC = 0,958 (IC95 % : 0,942–0,973), et K-Nearest Neighbors (KNN) une AUC = 0,921 (IC95 % : 0,895–0,947). Les scores pronostiques conventionnels présentaient des performances inférieures : SOFA = 0,774 (IC95 % : 0,735–0,812), APACHE II = 0,759 (IC95 % : 0,718–0,800), PSI = 0,757 (IC95 % : 0,716–0,798) et CURB-65 = 0,710 (IC95 % : 0,667–0,753). Le test d'Hosmer-Lemeshow appliqué au modèle XGBoost n'était pas significatif ($p = 0,5092$), indiquant une bonne concordance entre les probabilités prédites et les résultats observés.

Les modèles d'apprentissage automatique, notamment XGBoost, améliorent significativement la prédiction de la mortalité à 30 jours dans la pneumonie grave et constituent un outil prometteur pour la décision clinique personnalisée en réanimation.

FC 044 L'embolie pulmonaire chez le polytraumatisé : un défi diagnostique et pronostique en réanimation

Auteurs :

A. Akrouti (akroutiabir17@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan ..
B. Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan ..
K. Ben Isamil (khaoula.benismail@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan ..
H. Chaabouni (hamdichaabouni@yahoo.fr): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan ..
N. Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan ..
F. Essafi (fatma.essafi@fmt.utm.tn): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan ..
T. Merhbene (takoua.merhabene@fmt.utm.tn): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan ..

L'embolie pulmonaire (EP) demeure une complication redoutable du polytraumatisme, souvent méconnue en réanimation en raison du polymorphisme clinique et du contexte grave. Sa caractérisation précise chez ces patients reste limitée, justifiant une analyse approfondie des présentations et de l'évolution.

Décrire les caractéristiques cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives des polytraumatisés ayant développé une embolie pulmonaire en réanimation afin d'améliorer la détection précoce et la prise en charge de cette complication grave.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée sur six ans, de janvier 2019 à octobre 2025, au service de réanimation médicale de l'hôpital régional de Zaghouan. Tous les patients polytraumatisés ayant développé une EP confirmée par imagerie ont été inclus. Les dossiers incomplets ou manquants ont été exclus.

Cent-soixante-dix-neuf patients polytraumatisés admis, 12 (7 %) ont présenté une EP. L'âge moyen était de 38 ± 13 ans, exclusivement des hommes. Le mécanisme prédominant était l'accident de la voie publique (83 %). Aucun antécédent particulier n'a été retrouvé, mais une immobilisation récente suite au traumatisme a été notée chez quatre patients (en moyenne 3 ± 1 jours). Les scores de gravité étaient : IGS II moyen 27 ± 13 , et médian ISS = 15[10-24]. Les lésions associées étaient périphériques (75 %), crâniennes (50 %), thoraciques (42 %) et du rachis chez un patient. Le délai médian du diagnostic d'EP était de deux [1–6] jours, survenant en moyenne 3 ± 1 jours après le traumatisme. Le diagnostic était confirmé par l'angioscanner thoracique (sept cas) et suspecté par l'échocardiographie cardiaque (quatre cas). L'EP était fibrinocruorique dans sept cas et graisseuse dans cinq cas. Les signes cliniques révélateurs étaient dominés par la dyspnée aiguë (sept cas), la désaturation artérielle (quatre cas), la

tachycardie (trois cas), un état de choc obstructif (deux cas) et un patient avec arrêt cardio-circulatoire inaugural. On distinguait deux EP proximales, quatre segmentaires et une distale ; deux étaient à haut risque de mortalité et quatre à risque intermédiaire (trois bas et un haut). Sur le plan biologique, les valeurs médianes étaient : proBNP = 80 [20-461] pg/mL, troponine = 114 [2-460]ng/L, lactate = 2[1-4]mmol/L. Sept patients ont reçu une anticoagulation curative, Deux patients ont bénéficié d'un traitement par fibrinolyse insitu (EKOS). La mortalité atteignait 16,6 %. Elle était corrélée à la fracture du rachis ($p = 0,02$), aux signes de choc ($p = 0,007$), à l'arrêt cardio-circulatoire ($p = 0,002$), à l'élévation de la troponine ($p < 10-3$) et à une PAM basse ($p = 0,038$).

L'embolie pulmonaire post-traumatique, survenant précocement chez des patients jeunes et graves, reste une complication majeure. La mortalité, liée au choc, à l'arrêt cardiaque et à l'atteinte myocardique, souligne l'importance du dépistage précoce et de la prévention thromboembolique systématique.

FC 045 Prevalence and outcome of Diaphragmatic dysfunction assessed by ultrasound during severe acute exacerbation of COPD: Preliminary results

Auteurs :

Ikram Ben Braiek (ikrambenbraiek@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA ..
Asma Mahdi (asmaelmahdi245@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA ..
Meriem Cherif (cherif.meriem97@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA ..
Lynda Messaoud (lyndamessaoud1991@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA ..
Eya Seghir (eya.seghir.91@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA ..
Asma Ouhibi (ouhibasma4@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA ..
Ahlem Trifi (trifiahlem2@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA ..
Sami Abdellatif (abdellatifsamy@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA ..

The presence of diaphragmatic dysfunction (DD) is common in COPD patients with a detrimental impact on the progression of the disease. However, its frequency during severe acute exacerbations requiring ICU admission and its association with NIV failure remain understudied.

We aimed to study the prevalence and prognostic impact (NIV failure until day 5) of DD during acute exacerbation of COPD (AECOPD) requiring ICU.

It was a cross-sectional cohort study. All patients admitted for AECOPD with hypercapnic respiratory failure were included. Diaphragmatic ultrasound was performed before (T0) and 2 hours (T1) after NIV initiation. The major endpoint was the association between DD and NIV failure. DD was defined as change in diaphragmatic thickness (Δ tdi) $<20\%$ and/or Diaphragmatic excursion <1 cm. NIV failure was defined as intubation and mechanical ventilation requirement within 05 days following AECOP.

Fifty patients were included with a sex ratio of 0.6. DD was diagnosed in 37,5% of patients admitted for AECOPD. Median Δ tdi was 30% [16-42] at T0 and 37% [18-47] at T1 in all patients. In NIV failure group, Median Δ tdi was 16.5% [12.2-37.2] at T0 and 17% [15-37] at T2. The kinetics of Δ tdi between T0 and T1 was not statistically different between the 2 groups (Success vs NIV failure) (1% vs 3.5% $p=0.21$). Multivariate analysis showed that DD and the presence of previous exacerbations requiring ICU were associated with an increased risk of NIV failure until day 5 with respectively HR= 5.18; 95% IC [1.98-13.5]; $p=0.001$ and HR= 2.1; 95% IC [1.2-7.5]; $p=0.02$. A correlation has been demonstrated between the pH and the Δ tdi at T1 with Rho index=0.4 $p=0.012$ (Fig). This highlighted the association

between DD and NIV failure due to the proven association between pH and mechanical ventilation requirement.

DD was frequent during the AECOPD. Its occurrence was associated with NIV failure. Besides the other clinical and biological parameters, Δ tdi may be a promising ultrasound marker associated to NIV failure.

FC 046 PRÉVALENCE ET CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS PRÉSENTANT DES CRISES ÉPILEPTIQUES EN RÉANIMATION

Auteurs :

A.Dammak* (abirdammakg@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
S.Kharrat (sanakharrat15@hotmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
I.Dahech (inesdahech23@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
J.Bech Hanba (jihene1999@live.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
K.Chtara (kamilia.chtaraelaoud@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
M.Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..
C.Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

Les crises épileptiques constituent une complication fréquente et souvent méconnue en réanimation. Leur détection repose sur la surveillance clinique et électroencéphalographique, particulièrement utile chez les patients sédatés ou comateux, chez qui les manifestations peuvent être atypiques. Déterminer la prévalence et décrire les caractéristiques cliniques, étiologiques et électroencéphalographiques des convulsions survenant chez les patients hospitalisés en réanimation. Étude rétrospective descriptive menée en réanimation sur 8 mois en 2025. Les données démographiques, antécédents, pathologies associées, circonstances d'apparition, résultats EEG et la prise en charge ont été recueillis. Les convulsions ont été classées en cliniques et non cliniques selon la présentation. L'analyse statistique a été réalisée par SPSS.

Parmi les 521 patients hospitalisés en réanimation pendant la période d'étude, 46 patients (8,8 %) ont présenté des crises épileptiques. L'âge moyen des patients étaient de $43,7 \pm 20,8$ ans avec une prédominance masculine et un sexe ratio de 1,3. Les antécédents neurologiques étaient présents chez 41,3% des patients, principalement l'épilepsie connue et les accidents vasculaires cérébraux anciens (10,9 %). Treize pourcents des patients avaient des antécédents d'épilepsie essentielle et 10,9 % d'épilepsie secondaire. Les principaux motifs d'admission étaient les polytraumatisés avec un traumatisme crânien grave (43,8 %), les accidents vasculaire cérébraux (19,6 %) et les états post-arrêt cardiaque (8,7 %). A l'admission, la médiane du GCS était de 8 IQR [5,8-11], 41% des patients présentaient des signes de localisations et 30,4% des convulsions à type crises tonico-cloniques généralisés dans 92% des cas. Le délai moyen d'apparition de convulsions a été de $3,5 \pm 2,3$ jours. Les crises étaient larvées dans 73,9%, suspectée devant une absence de réveil à l'arrêt de sédation dans 38,2% des cas, une fixité de regard ou une révulsion oculaire dans 29,4% et une modification pupillaire dans 17,6%. Les crises cliniques étaient sous forme de crises tonico-cloniques généralisées dans 53% des cas. Tous les patients ont eu un électroencéphalogramme dans un délai médian de 6 jours. Les convulsions étaient causées dans la majorité des cas par une cause organiques post traumatiques (41,3%) majoritairement dues aux lésions axonales diffuses, vasculaires (28,26%), anoxiques (6,5%). Soixante pourcents des patients ont été mis sous un traitement anticonvulsivant qui est dans 50% des cas le valproate de sodium. Les autres crises ont été considérées comme des crises symptomatiques aigues.

Les convulsions, larvées ou non cliniques, sont fréquentes en réanimation. Elles doivent être suspectées devant tout retard de réveil ou modification oculaire, justifiant la réalisation d'un EEG au lit du malade afin d'assurer une prise en charge précoce et adaptée

FC 047 Les infections liées au cathéter chez le brûlé : incidence et facteurs de risque

Auteurs :

AMENNE ALOUINI (amenne.alouini@fmt.utm.tn): Réanimation des Brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Hana Fredj (fredjhanask@gmail.com): Réanimation des Brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Zeineb Miled (miledzeineb97@gmail.com): Réanimation des Brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Hajer Mechmeche (hajermechmeche7@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Souhaila Ben Messoud (sou.benmassoud@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Sarra Zarrouk (sarrabenzarouk@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Amal Aloui (alouiamal.aa@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Bahija Gasri (bahijagasri2002@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Imen Jemi (imenjamii@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Amen Allah Messadi (amen933@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Amel Mokline (amel.mokline@fmt.utm.tn): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Les infections liées aux cathéters veineux centraux (ILC) demeurent une complication fréquente et potentiellement grave chez les patients en réanimation¹, en particulier chez les brûlés². Elles augmentent la morbi-mortalité.

Etudier l'incidence et les facteurs de risque des ILC chez les patients brûlés.

Nous avons mené une étude prospective longitudinale sur 11 mois (novembre 2023 à octobre 2024) au service de réanimation des brûlés du Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés. Ont été inclus les patients brûlés âgés de plus de 18ans dont la durée de séjour était supérieure à 48H. Les ILC ont été définies selon les critères de CDC³. Les données démographiques, cliniques des patients et les épisodes de l'ILC et leurs caractéristiques ont été recueillies et analysées. Pour l'identification des facteurs de risque nous avons comparé deux groupes de patients en fonction de la présence ou l'absence de l'ILC.

Durant la période d'étude, 368 patients ont été admis dont 216 ont été inclus. Cent dix-neuf patients (54,9%) ont eu au moins un cathéter veineux central. L'âge moyen des patients était de 37 ± 14 ans avec un sex-ratio à 1,54. La surface cutanée brûlée moyenne était de 41%. Il s'agissait d'un transfert secondaire dans 61% des cas. Le nombre moyen de jours avec cathéter par patient était de 22+10jours. Seize patients (13,4%) ont présenté au total 28 épisodes d'ILC. Le taux d'incidence était de 21,3 épisodes pour 1000 jours-cathéter. Le délai moyen de survenue d'une ILC était de 8,6 jours. Les germes les plus incriminés étaient : les entérobactéries sécrétrices de carbapénèmases (36%) et Acinetobacter Baumanii (57%). En analyse multivariée, il ressort qu'une surface cutanée brûlée $\geq 30,5\%$ (ASC = 0,670; Se = 75 %; Sp = 67%, IC [0,549-0,791], p= 0,02) (figure1), un nombre de jours de cathéter $> 10,5$ jours (AUC = 0,869; Se = 87,5 % ; Sp = 71,6 %, IC[0,78-0,96], p=0,0) (figure 2) et la présence d'un sepsis ou d'un choc septique (OR = 11,4 ; IC95% [1,37-95,1] ; p = 0,024) sont des facteurs de risques d'ILC.

Les ILC chez le brûlé sont fréquentes (taux d'incidence de 21,3 épisodes/ 1000 jours catethers). Les principaux facteurs de risque sont : surface cutanée brûlée $\geq 30,5\%$, durée de cathéter $> 10,5$ jours et survenue d'un sepsis ou d'un choc septique.

FC 048 Sepsis chez les brûlés transférés secondairement : incidence et facteurs de risque

Auteurs :

Amal Aloui (alouiamal.hk@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

fredj hana (fredjhanask@gmail.com): Service de réanimation des brûlés entre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

errokh ilhem (errokhines@gmail.com): Service de réanimation des brûlés entre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

ketata imen (ketataimene@gmail.com): Service de réanimation des brûlés entre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

imen jami (imenjami@gmail.com): Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

bahija gasri (bahijagasri2002@gmail.com): Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

Messaadi Amen Allah (amen933@gmail.com): Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

Mokline Amel (amel.mokline@fmt.utm.tn): Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

La qualité de la prise en charge initiale d'un brûlé grave conditionne son pronostic notamment en termes de survenue de complications infectieuses.

L'objectif de notre étude était de déterminer l'incidence de sepsis chez les patients brûlés transférés secondairement et de ressortir les facteurs de risque de sa survenue.

Etude prospective descriptive monocentrique mené au service de réanimation des brûlés sur une période de 17 mois (Janvier 2023-Mai 2024). Ont été inclus les patients brûlés âgés de plus de 18 ans, transférés secondairement. Fin de ressortir les facteurs de risque de survenue du sepsis, les patients ayant présentés un sepsis (G1) étaient comparés à ceux n'ayant pas présenté de sepsis durant l'hospitalisation (G2).

Durant la période d'étude, X patients ont été admis dont 230 transférés dans un délai médian de 75 h [63-79 H]. Parmi eux, 182 ont présenté un sepsis, soit une incidence de 80% avec un nombre moyen d'épisode septique de $2,43 \pm 1,2$ par patient. Ces patients étaient comparables à ceux du groupe (G2) qui n'ont pas présenté de sepsis en termes : d'âge (G1: 35 ans (30,8-39 ans) versus G2: 38 ans (33-40,5 ans); $p=0,1$), de SCB (G1: $27,8 \pm 13\%$, G2: $30,9 \pm 17\%$; $p=0,13$) et de profondeur des lésions UBS (G1: 170(144-176) versus G2: 188(121-187); $p=0,6$). En analyse multivariée, les facteurs de risque de survenue de sepsis étaient : Délai d'admission par rapport aux brûlures ≥ 42 heures ($p=0,02$), Cathétérisme centrale ($p=0,01$), Ventilation mécanique ($p=0,04$) et la durée médiane de séjour $\geq 12,3$ ($p=10-3$)

Les brûlés graves transférés secondairement développent fréquemment un sepsis (une incidence de 80%). L'amélioration de la prise en charge initiale est nécessaire afin de prévenir cette complication.

FC 049 Les infections associées aux soins chez le brûlé : étude descriptive et pronostique

Auteurs :

Mechmeche Hajar (hajermechmeche7@gmail.com): Réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Alouini Amnenne (amenne.alouini@fmt.utm.tn): Réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Fredj Hana (fredjhanask@gmail.com): Réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Debbiche Lilya (debbichelilya@gmail.com): Réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Dhraief Sarra (dhraiefsarra@gmail.com): Laboratoire de biologie médicale et banque du sang centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Ben Massoud Souhaila (sou.benmassoud@gmail.com): Réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Cheikhrouhou Mariem (cheikhrouhou.mariem@yahoo.com): Réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Aloui Amal (alouiamal.hk@gmail.com): Réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Zarrouk Sarra (Sarra.zarrouk@fmt.utm.tn): Réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Jami Imen (imenjami@gmail.com): Réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Gasri Bahija (bahijagasri2002@gmail.com): Réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Thabet Lamia (thabetlamia@gmail.com): Laboratoire de biologie médicale et banque du sang centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Messadi Amen allah (amen933@gmail.com): Réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Mokline Amel (dr.amelmokline@gmail.com): Réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Les infections associées aux soins (IAS) représentent un problème majeur de santé public surtout en milieu de réanimation et sont responsables d'un accroissement de la morbidité et de la mortalité.

Décrire les caractéristiques épidémio-cliniques et microbiologiques des IAS chez les brûlés en réanimation et leur impact pronostique.

Étude prospective d'incidence menée sur une période de 11 mois (01/11/2023–01/10/2024), incluant les patients brûlés âgés de plus de 18 ans, hospitalisés en réanimation pour une durée supérieure à 48 heures. Le diagnostic des IAS repose sur les critères du Center for Disease Control (CDC)

Durant la période d'étude, 368 patients ont été admis dont 216 ont été inclus (59 %). L'âge moyen de nos patients était de 44 ± 16 ans, avec un sex-ratio de 2,4. La surface cutanée brûlée médiane était de 21 %. La moitié des patients était issue d'un transfert secondaire (52,8 %). Les patients avaient des antécédents pathologiques dans 38,4 % des cas. La durée médiane de séjour en réanimation était de 13,5 jours [1–172]. Les patients ont eu des dispositifs invasifs type : sonde vésicale dans 58,8 % des cas, un cathétérisme central dans 55% avec recours à l'intubation orotrachéale dans 39,8% des cas. Au total, 147 épisodes d'IAS ont été recensés, soit une moyenne de $2 \pm 1,26$ par patient. Soixante-quinze

patients (34,7 %) ont développé au moins une IAS, dont 62,7 % étaient issus d'un transfert secondaire ($p = 0,045$). Le délai moyen de survenu du premier épisode infectieux était de 6 jours [1–39 jours] après l'admission. Les bactériémies primitives étaient prédominantes (42,9 %), suivies des pneumonies et des infections liées aux cathéters (19%) et des infections urinaires sur sonde vésicale (17%). Les infections étaient polymicrobiennes dans 33% des cas, causées essentiellement par des bactéries multirésistantes (BMR), productrices de carbapénémases dans 38.8 %. Les germes les plus fréquents étaient : *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (38.8%) et *Klebsiella pneumoniae* productrice de carbapénémase (19.7%). Ces IAS étaient compliquées d'un état de choc septique dans 78,2 % des cas. Dans notre série, la mortalité était de 36.6%. La survenue d'une IAS constituait un facteur indépendant de mortalité ($p < 0,001$; OR = 9,9).

Chez les brûlés, l'incidence des IAS est de 34.7 %, avec une prédominance des bactériémies primitives. Les agents pathogènes étaient majoritairement des BMR avec un accroissement de la mortalité (OR à 9,9). Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les mesures d'hygiène et d'optimiser la gestion des dispositifs invasifs.

FC 050 FACTEURS PRONOSTIQUES DES ETATS DE MAL EPILEPTIQUE PRIS EN CHARGE EN UNITE DE SOINS INTENSIFS

Auteurs :

J. Guissouma (jihene.guissouma@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

H. Ben ali (dr.hanabenali@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

H. Brahmi (wtbrahmi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

Ch.Jannadi* (cherifajannadi6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

D. Berkhaies (dorraberkhaies@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

H. Ghadhoune (Hatem.ghadhoune@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

L'état de mal épileptique(EME) est la deuxième urgence neurologique après l'accident vasculaire cérébral (AVC). L'état de mal tonico-clonique généralisé (EMTCG) reste la forme la plus grave nécessitant une prise en charge rapide et adaptée avec souvent une hospitalisation en réanimation.

Déterminer les facteurs associés à la mortalité chez les patients admis en réanimation pour EME.

il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée dans un service de réanimation médicale sur une période de 9 ans (aout 2017 à aout 2025). Tous les patients adultes admis pour EME et dont les dossiers étaient complets ont été inclus. Les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies. Une étude statistique descriptive et analytique a été réalisée au moyen du logiciel SPSS 23.

On a inclus 86 patients avec un âge moyen de 46 ± 20 ans et un genre-ratio de 2,18. Vingt-sept patients (31%) étaient connu épileptiques sous traitement. Les principaux antécédents étaient l'HTA (13%), le diabète (12%), l'AVC (9%), et le traumatisme crânien (8%). Il s'agissait d'un EMTCG dans 90% des cas. Le GCS médian était de 6 (3-8). Les moyennes de l'IGS II et l'APACHE II étaient 34 ± 14 et 17 ± 9 respectivement. Le Status Epilepticus Severity Score (STESS) médian était de 3 (2-4) avec un score ≥ 3 dans 55 cas (64%). L'EME était en rapport avec une non observance thérapeutique chez 19% des patients épileptiques. Une épilepsie vasculaire à la phase précoce d'un AVC était retenue dans 16% des cas. En outre, c'était en rapport avec une méningo-encéphalite ou une origine métabolique dans

respectivement 13% et 9% des cas. Le valproate de sodium et le phénobarbital étaient les deux principaux anticonvulsivants de deuxième ligne prescrits respectivement dans 64% et 30% des cas. L'anesthésie générale et la ventilation invasive (VI) étaient nécessaires dans 74% des cas. Quarante-deux patients (49%) ont reçu une antibiothérapie pour une pneumopathie d'inhalation. La mortalité était de 27%. En analyse univariée : l'âge ($p<10-3$), les scores IGS II ($p<10-3$), APACHE II ($p=0,012$) et STESS ($p<10-3$) élevés, l'état de choc à l'admission ($p<10-3$), la pneumopathie d'inhalation ($p=0,036$), la profondeur de l'hypoxémie ($p=0,036$), la VI ($p=0,01$) ainsi que les infections associées aux soins ($p=0,03$) étaient les facteurs prédictifs de mortalité. L'état de choc était le seul facteur pronostique indépendant ($p=0,002$).

Le pronostic des EME était conditionné par la gravité du tableau clinique initial mais aussi par les infections associées aux soins. Une prise en charge optimale dès l'admission et tout au long de l'hospitalisation pourrait améliorer l'issue de ces patients.

FC 051 ASSESSMENT OF HAND HYGIENE KNOWLEDGE IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Auteurs :

Insaf Trabelsi (insaf.trabelsi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

E. Langar (eya.langar@fmt.utm.tn): Anesthésie-réanimation Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte..

F. Kouki (fatma.kouki@fmt.utm.tn): Anesthésie-réanimation Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte..

D.Berkhaies* (dorraberkhaies@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

H. Allouche (Hend.allouche@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

H.Ghadhoune (Hatem.ghadhoune@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

Hand hygiene (HH) is a fundamental practice in the prevention of healthcare-associated infections (HAI). It can be performed either through handwashing (with soap or antiseptic solution) or by using alcohol-based hand rubs (ABHR).

To assess the healthcare staff's knowledge regarding hand hygiene and to develop an action plan aimed at improving both their understanding and practices.

A self-administered questionnaire was distributed to staff working in the departments of anesthesia and intensive care and medical ICU, during the period from January to February 2025.

A total of 87 participants were included in the study. Among them, 88% identified hand-borne transmission as the main route of HAI, and 52% acknowledged healthcare workers' hands as the primary vector for microorganism transmission. However, knowledge regarding the different types of skin flora and their role in cross-transmission was limited, with only 31.65% correct responses. ABHR was not perceived as the preferred alternative to handwashing in clinical settings by 53% of participants. The practical aspects of handwashing and ABHR use were poorly understood, with correct response rates of 45.5% and 56.5%, respectively. When presented with common clinical scenarios, the choice of the appropriate hand hygiene technique (washing or ABHR) varied widely, ranging from 16% to 75%, both before and after patient care procedures.

These findings highlight significant gaps in knowledge and practice regarding hand hygiene among healthcare personnel. The implementation of standardized protocols, and the dissemination of practical guidelines are essential to promote proper hand hygiene and reduce the incidence of HAI.

FC 052 Impact d'un programme de formation sur les précautions standard et les mesures d'hygiène sur le taux des bactéries multirésistantes en réanimation

Auteurs :

Iyed Matouk (maatouk.yed@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

R.Ssassi (ransassi@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

H .Bouchallouf (hiba.bouchallouf@etudiant-fmt.utm.tn): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

K.Attia (khalilattia74@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

A.Maatouk (amani.maatouk23@gmail.com): service de médecine préventive et communautaire University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

M.Lahmar (firassmal4@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

W. Nouira (wiemnouira1@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

F. Dachraoui (bedhiafiemir@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

z. Hammouda (zanoubia83@hotmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

F. Dachraoui (dachraoui.fahmi@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

L.Ouanes Besbes (Lamiaouanes107@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia ..

Les bactéries multirésistantes (BMR) représentent un enjeu majeur de santé publique, particulièrement en réanimation où le risque de transmission croisée est élevé. Dans ce contexte, la mise en œuvre d'interventions ciblées visant à renforcer la prévention et le contrôle des infections associées aux soins est essentielle.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'une formation concernant les précautions standards et les mesures d'hygiène auprès du personnel de soignant sur le taux de BMR.

Une étude interventionnelle quasi-expérimentale a été menée dans l'unité de réanimation auprès du personnel de santé du service entre 2024 et 2025. L'intervention consistait en une formation concernant les précautions standards et les mesures d'hygiène avec mise en place de rappels visuels d'hygiène des mains. Les taux mensuels de BMR ont été recueillis avant et après la formation à partir des données de surveillance microbiologique. En 2025, 40 % du personnel infirmier étaient des nouveaux recrutés, justifiant l'importance d'une formation structurée dès leur arrivée

En 2024, le taux global de BMR entre Janvier et Août était de 41 %, contre 39 % en 2025, traduisant une légère diminution de l'incidence globale des BMR (Figure 1). L'analyse mensuelle montre que, malgré une variabilité saisonnière, les taux de 2025 se sont globalement stabilisés par rapport à 2024, sans tendance à l'aggravation (Figure 2). Les pics saisonniers observés en milieu d'année ont été mieux contenus en 2025, suggérant un effet positif des mesures de prévention renforcées.

La formation sur les précautions standard et les mesures d'hygiène associée à un suivi rigoureux de l'hygiène des mains a permis de stabiliser l'incidence des BMR en réanimation entre 2024 et 2025. Dans un contexte de renouvellement important du personnel en 2025, ces résultats soulignent

l'importance de la formation continue et du renforcement des pratiques de base d'hygiène comme leviers essentiels pour limiter la diffusion des BMR dans les unités de soins critiques.

FC 053 Impact de la dénutrition au cours de la première semaine sur la morbi-mortalité des polytraumatisés en réanimation

Auteurs :

Sabrine Bradai (sabrine.brada2@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax ..
Abir Dammak (abirdammakg@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax ..
Rania Ammar (rania.ammarzayani@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax ..
Najeh Baccouch (baccouch.najeh@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax ..
kamilia Chtara (kamilia.chtaraelaoud@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Mabrouk Bahloul (bahloulmab@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax ..
Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

Les polytraumatisés graves présentent un état d'hypercatabolisme intense, aggravé par un apport calorique souvent insuffisant en phase aiguë. Cette dénutrition précoce pourrait avoir un impact significatif sur leur pronostic en réanimation.

Notre étude vise à évaluer l'impact du déficit énergétique au cours de la première semaine d'hospitalisation sur la morbi-mortalité des polytraumatisés graves.

Notre étude était prospective et observationnelle, menée sur 8 mois au service de réanimation. Nous avons inclus tous les polytraumatisés ayant eu un séjour de plus de 7 jours et ayant reçu une alimentation artificielle. En utilisant la définition de l'ESPEN pour l'alimentation hypocalorique, les patients ont été répartis en deux groupes selon un apport calorique moyen de 70 % des besoins énergétiques durant la première semaine : bien nourris et mal nourris.

Nous avons inclus 65 polytraumatisés graves. A l'admission, tous présentaient un risque élevé de dénutrition selon les scores nutritionnels de gravité (NUTRIC, MUST et NRS-2002). A la fin de la première semaine, 48 patients (73,8%) avaient reçu un apport calorique moyen inférieur à 70% des besoins énergétiques recommandés. La malnutrition était associée à une durée de coma prolongée ($p=0,025$), un score GOS défavorable à la sortie ($p<0,001$), une ventilation mécanique prolongée ($p=0,026$), de séjour prolongé ($p=0,025$), ainsi qu'une incidence élevée d'escarres ($p=0,042$). La malnutrition était un facteur prédictif de mortalité ($p=0,052$) (Tableau I). L'analyse multivariée a montré que la malnutrition était un facteur indépendant prédictif de mauvais pronostic neurologique avec un GOS défavorable à la sortie ($OR=0,096$; IC 95% [0,027-0,343] ; $p<0,001$).

Nous avons démontré que la dénutrition au cours de la 1ère semaine chez les polytraumatisés graves en milieu de réanimation est corrélée à de lourdes morbidité et mortalité. D'où l'importance d'une prise en charge nutritionnelle précoce et optimale afin de réduire les complications et améliorer le pronostic

FC 054 Rapport plaquettes sur lymphocytes à l'admission : biomarqueur pronostique chez les brûlés ?

Auteurs :

Hamed Limaiem (limaiemhamed@gmail.com): reanimation des brûlés centre de traumatologie et grands brûlés ben arous ..

Amenne Alouini (amenne.alouini@fmt.utm.tn): reanimation des brûlés centre de traumatologie et grands brûlés ben arous ..

Hana Fredj (hana.fredj@fmt.utm.tn): reanimation des brûlés centre de traumatologie et grands brûlés ben arous ..

Souhaila Ben massoud (sou.benmassoud@gmail.com): reanimation des brûlés centre de traumatologie et grands brûlés ben arous ..

Amal Aloui (alouiamal.kh@gmail.com): reanimation des brûlés centre de traumatologie et grands brûlés ben arous ..
Imen Jami (imenjami@gmail.com): reanimation des brûlés centre de traumatologie et grands brûlés ben arous ..
Bahija Gasri (bahijagasri2002@gmail.com): reanimation des brûlés centre de traumatologie et grands brûlés ben arous ..
Amel Mokline (amel.mokline@fmt.utm.tn): reanimation des brûlés centre de traumatologie et grands brûlés ben arous ..

Le rapport plaquettes/lymphocytes (PLR) est un biomarqueur inflammatoire, mais son utilité dans le pronostic des patients est peu étudiée. (1-2).

Etudier l'intérêt du PLR chez le brûlé comme marqueur pronostique.

Il s'agit d'une étude rétrospective, analytique, menée au service de réanimation des brûlés au centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous sur une période de 10 mois (1er janvier 2023 au 30 octobre 2023). Ont été inclus les patients brûlés âgés de plus de 18 ans ayant une durée de séjour plus que 72 heures. N'ont pas été inclus les patients ayant une maladie hématologique ceux sous traitement immunosupresseurs les enfants ainsi que les femmes enceintes. Le rapport plaquettes/lymphocytes (PLR) a été mesuré à l'admission. Les données épidémiologiques, cliniques et biologiques ont été analysées

Durant la période, 170 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 43+/- 17 ans et le genre ratio 2,24. La surface cutanée brûlée médiane était 22% [13-40] Soixante et un pour cent des patients provenaient d'un transfert secondaire, avec un délai médian d'admission de 8,5 heures [2-28]. Le sepsis a été observé chez 60,6 % des patients, avec un délai médian de survenue de 3 jours [1-4]. La médiane du PLR était plus basse chez les patients ayant développé un sepsis (128,9 [77-188]) que chez ceux sans sepsis (145,8 [108-218]), avec une tendance à la significativité ($p = 0,054$). De même, la PLR médiane était significativement plus faible chez les patients décédés (112[104-208]) que chez les survivants (145,0 [70-161]) ($p = 0,005$). Le PLR à l'admission permettait ainsi de prédire la mortalité avec un cut-off de 114 (ASC=0,634, Se=68%, Sp=54%, $p=0,05$ IC95%=[0,541-0,727])

Chez les patients brûlés, un PLR faible à l'admission avec un Cut-off à 114 est un biomarqueur associé à la mortalité

FC 055 IGSII, APACHE II, APACHE III pour la prédition de la mortalité dans le sepsis : Quelle différence ?

Auteurs :

Amira HMAIDI (hmaidiamira.96@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..
ines sdiri (sdiri.ynes@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..
Leila Borsali (borsali.leila@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..
yasmine Garbaa (yesminegarbaa@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..
khouloud Akkari (khouloudjapon@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..
Ahmed Smiri (ahmed.smiri950@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..
ines sedghiani (sedghiani.ines@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..
Nebiha Borsali Falfoul (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Le sepsis est un motif d'admission fréquent en réanimation. Plusieurs scores ont été développés pour estimer la probabilité de décès des patients en soins intensifs, parmi eux les modèles IGS II (Indice de gravité simplifié) et APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) II et III. L'intérêt réel du score APACHE III par rapport à l'APACHE II fait encore débat.

Notre objectif était de comparer la performance des scores IGS II, APACHE II et APACHE III dans la prédition de la mortalité chez les patients septiques admis en réanimation.

Nous avons mené une étude prospective monocentrique menée entre juin et septembre 2025, au sein du service de réanimation médicale. Nous avons inclus les patients en état septique retenu les critères du SEPSIS-3 dont l'âge était supérieur à 18 ans. Nous avons calculé les scores de gravités IGS II, APACHE II et APACHE III dans les 24 premières heures de l'admission.

Nous avons inclus 54 patients d'un âge médian de 59,5 ans avec une nette prédominance féminine et un sexe-ratio (H/F) de 0,86. Les principales comorbidités étaient le diabète dans 52% des cas et l'HTA dans 46,3% des cas. Les portes d'entrées du sepsis était pulmonaire (77,8%), urinaire (13%), cutanée (4,5%) et neuro-méningée (5,2%). Le taux de mortalité était de 42,6% et la durée du séjour était de 9±7 jours. Les scores IGS II, APACHE II et APACHE III étaient de $47,8 \pm 14$, 23 ± 7 et 62 ± 21 respectivement. Le score IGS II était corrélé à la mortalité avec un cut-off supérieur à 49 points ($p=0,04$). L'analyse des scores de gravité APACHE II et APACHE III par rapport à la mortalité n'a pas montré de liaison avec $p=0,135$ et $0,155$ respectivement (Figure 1) La comparaison des deux scores APACHE II et APACHE III n'a pas montré une différence significative pour prédire la mortalité avec une aire sous la courbe ROC $0,629$ (IC [0,47-0,78]) et $0,564$ (IC [0,39-0,73]) respectivement.

La prédition de la mortalité des patients septiques par les scores APACHE II et APACHE III n'était pas bonne et était inférieure à celle de l'IGS II.





POSTERS



P 001 UN CAS DE SYNDROME DE GUILLAIN-BARRE DUE A UNE INFECTION PAR RICKETTSIA CONORII

Auteurs :

Rania Ammar Zayani (rania.ammarzayani@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Yosr Ben Taher* (yoser.bentaher@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Sabrine Bradii (sabrine.brada2@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Asma Rekik (rekik.asma1@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

La fièvre boutonneuse méditerranéenne, causée par Rickettsia conorii, est une infection endémique dans le bassin méditerranéen, transmise principalement par les tiques. L'association entre cette infection et le syndrome de Guillain-Barré (SGB) est rare.

Nous rapportons le cas d'un patient tunisien de 29 ans, sans antécédents médicaux, présentant une quadriplégie flasque évoluant vers une détresse respiratoire, associée à une fièvre persistante et une hépatosplénomégalie. Le diagnostic de SGB, sous sa forme axonale motrice aiguë (AMAN), a été confirmé par électroneuromyogramme, et l'infection à Rickettsia conorii par sérologie. Le traitement par immunoglobulines et doxycycline a conduit à une amélioration clinique progressive.

Ce cas souligne l'importance d'envisager une étiologie infectieuse, notamment Rickettsia conorii, devant un SGB associé à des signes systémiques. Une prise en charge rapide et adaptée peut améliorer le pronostic de ces formes graves.

P 002 Septicémie à Streptococcus salivarius après intoxication au bromure d'ammonium : à propos d'un cas

Auteurs :

Sleb Ben Ibrahim (benbrahimsaladin@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax..

Sabrine Bradai (sabrine.brada2@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax ..

Emna Kammoun (emnakammounek@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax..

Olfa Gargouri (Olfagargouri19@gmail.com): Laboratoire de microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax ..

kamilia Chtara (kamilia.chtaraelaoud@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax..

Hedy Chelly (chelly_hedi@medecinesfax.org): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax ..

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax ..

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Streptococcus salivarius est un streptocoque alpha-hémolytique colonisant les voies aériennes supérieures, le tube digestif et les voies génito-urinaires. Bien qu'il soit habituellement commensal, il peut, dans de rares cas, provoquer des infections graves, notamment des septicémies.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 20 ans, sans antécédents médicaux, admise en réanimation pour détresse respiratoire aiguë suite à une intoxication accidentelle au bromure d'ammonium sur son lieu de travail. À l'admission, elle présentait une polypnée, une désaturation à 85 % en air ambiant, une hypersalivation, ainsi qu'un œdème de la lèvre et des lésions ulcéro-écchymotiques buccales. Une

intubation orotrachéale urgente a été réalisée en raison d'une obstruction des voies aériennes supérieures, avec nécrose des cordes vocales. Le scanner a révélé une œsophagite de grade IIa et une gastrite caustique sévère, sans signes de perforation ni de médiastinite, confirmés par une coelioscopie. Le traitement initial a inclus une corticothérapie, des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), une antibiothérapie pour la pneumopathie d'inhalation, ainsi qu'une alimentation parentérale en raison de la contre-indication à la mise en place d'une sonde orogastrique. La nasofibroscopie à J4 a révélé des lésions ulcéro-nécrotiques étendues. À J11, la FOGD a confirmé une œsophagite et une gastrite caustique de grade 2B. Une tentative d'extubation à J13 a échoué, nécessitant une trachéotomie. À J20, une jéjunostomie a été posée. Le séjour a été compliqué par une septicémie à *Streptococcus salivarius*, confirmée par trois hémocultures positives. Le traitement antibiotique a consisté en Claforan® 4g/j pendant 7 jours suivi d'Orelox® pendant 3 jours. L'évolution a été favorable, avec une amélioration progressive des lésions digestives et ORL, sans sténose œsophagienne significative. La patiente a été décanulée à J39.

Ce cas rare de septicémie à *Streptococcus salivarius* après intoxication au bromure d'ammonium souligne l'importance d'une prise en charge précoce des infections opportunistes, probablement favorisées par l'altération sévère des muqueuses induite par l'ingestion de cette substance caustique.



P 003 DE LA CERVICALGIE AU COMA : UN CAS RARE DE MÉNINGO-ENCÉPHALITE COMMUNAUTAIRE À KLEBSIELLA PNEUMONIAE

Auteurs :

G.Marzougui* (ghada.marzougui@etudiant-fmt.utm.tn): urgence Habib Bourguiba Sfax ..

R.Elmahjoub (mahjoub.roua99@gmail.com): urgence Habib Bourguiba Sfax ..

O.Chakroun (olfachakroun@medecinesfax.org): urgence Habib Bourguiba Sfax ..

N.Rekik (rekiknoureddine@medecinesfax.org): urgence Habib Bourguiba Sfax ..

La méningo-encéphalite communautaire à *Klebsiella pneumoniae* est une affection exceptionnelle et grave, rarement décrite en dehors des contextes hospitaliers. Elle entraîne des complications neurologiques sévères et soulève des défis diagnostiques et thérapeutiques considérables.

Une femme de 41 ans, asthmatique et allergique, s'est présentée aux urgences le 3 février 2025 pour cervicalgies, céphalées et hallucinations. À l'admission, son score de Glasgow était de 6/15, nécessitant une intubation et une ventilation mécanique (mode VAC, Vt 457 mL, FiO₂ 40 %, FR 16/min). Sur le plan hémodynamique, elle était stable (TA 145/79 mmHg, FC 138 bpm) sans recours aux catécholamines. Le scanner initial a montré une thrombose partielle de la veine jugulaire droite et une opacification sphénoïdale gauche quasi complète. La ponction lombaire a confirmé une méningo-encéphalite à *Klebsiella pneumoniae* sensible à la ceftriaxone. L'IRM réalisée le 6 février 2025 a révélé une méningo-encéphalite diffuse, une ventriculite et une plexite d'origine infectieuse, associées à de multiples foyers ischémiques supratentoriels et infratentoriels compatibles avec une vascularite post-infectieuse. Le traitement instauré comprenait ceftriaxone (3 g/6h), acyclovir (750 mg/8h) et héparine de bas poids moléculaire (300 mg/24h). L'évolution biologique était favorable avec une chute rapide des marqueurs inflammatoires (CRP 12,8 mg/L, procalcitonine 0,05 ng/mL au 9^e jour). Cliniquement, la patiente restait stable hémodynamiquement (TA 126/71 mmHg, FC 98 bpm), apyrétique, avec une diurèse conservée. Cependant, malgré l'arrêt de la sédation depuis 40 jours, aucun signe d'éveil cortical n'a été constaté. Les réflexes du tronc cérébral étaient préservés.

Cette observation illustre la sévérité de la méningo-encéphalite communautaire à *Klebsiella pneumoniae*. Malgré une prise en charge rapide et adaptée, les complications neurologiques irréversibles rappellent la nécessité d'un diagnostic précoce et d'approches thérapeutiques innovantes pour améliorer le pronostic.

P 004 Profil épidémiologique des bactéries multirésistantes en milieu de réanimation (2017–2023)

Auteurs :

Dhouha Belgacem (dhouhabelgacem@gmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul ..
Maher Abdelkader (maher.abdelkader@gmail.com): Microbiologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..
Yosr Kadri (yosrguedri@gmail.com): Microbiologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..
Maha Mastouri (mastourimahaa@yahoo.fr): Microbiologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..

Les bactéries multirésistantes représentent un problème croissant en réanimation, où la pression antibiotique et les dispositifs invasifs favorisent leur émergence et leur diffusion, compromettant la prise en charge des patients et augmentant la morbi-mortalité hospitalière.

Décrire la répartition des bactéries multirésistantes isolées en milieu de réanimation (réanimation médicale et anesthésie-réanimation).

Étude transversale descriptive portant sur les souches multirésistantes isolées en milieu de réanimation, extraites de la base de données du laboratoire de microbiologie du CHU Fattouma Bourguiba Monastir sur une période de sept ans (2017–2023).

Au total, 1341 souches de BMR ont été recensées parmi 4233 isolats provenant des services de réanimation, soit une incidence globale de 31 %, avec respectivement 31 % en réanimation médicale et 32 % en anesthésie-réanimation. Les *Acinetobacter baumannii* résistants à l'imipénème (ABRI) (n = 545 ; 40%) et les entérobactéries résistantes aux céphalosporines de 3^e génération (ERC3G) (n= 582 ;43%) étaient les deux BMR les plus fréquemment isolées, suivis des *Pseudomonas aeruginosa* résistants à la ceftazidime (PARC) (n = 142 ; 11%) et des *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline (SARM) (n = 70 ;6%). Les prélèvements respiratoires constituaient la principale source d'isolement (n=768 ;57%), suivis des hémocultures (n=189 ;14%). Dans les prélèvements respiratoires, les ABRI étaient prédominants (n = 395; 51 %), tandis que dans les hémocultures, les ERC3G représentaient la majorité des BMR isolées (n = 102; 54 %).

Les BMR restent prévalentes en milieu de réanimation, dominées par les ABRI et les ERC3G. La prédominance des prélèvements respiratoires souligne l'importance du renforcement des mesures d'hygiène et de la surveillance des infections nosocomiales dans ces services à haut risque

P 005 Bactéries multirésistantes et infections respiratoires en milieu de réanimation : Profil et antibiorésistance (2017–2023)

Auteurs :

Dhouha Belgacem (dhouhabelgacem@gmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul ..
Maher Abdelkader (maher.abdelkader@gmail.com): Microbiologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..
Yosr Kadri (yosrguedri@gmail.com): Microbiologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..
Maha Mastouri (mastourimahaa@yahoo.fr): Microbiologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir ..

Les infections respiratoires en réanimation, dominées par des bactéries multirésistantes, représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité, illustrant la gravité croissante de la résistance bactérienne aux antibiotiques de dernier recours.

décrire le profil microbiologique des BMR isolées à partir de prélèvements respiratoires et d'évaluer leur résistance aux antibiotiques de dernier recours sur la période 2017–2023.

Étude transversale descriptive portant sur les souches multirésistantes isolées dans les prélèvements respiratoires en milieu de réanimation, extraites de la base de données du laboratoire de microbiologie sur une période de sept ans (2017–2023)

Au total, 768 souches de BMR ont été isolées, avec une prédominance masculine (sex-ratio = 3,6). Les BMR les plus fréquentes étaient *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (ABRI) (n=395 ; 51 %), suivi des entérobactéries résistantes aux céphalosporines de 3^e génération (ERC3G) (n=240 ; 31 %), de *Pseudomonas aeruginosa* résistant à la ceftazidime (PARC) (n=90 ; 12 %) et de *Staphylococcus*

aureus résistant à la méticilline (SARM) (n=43 ; 6 %). Parmi les ERC3G, Klebsiella pneumoniae représentait 62 %, Escherichia coli 11 % et Enterobacter cloacae 10 %. Les ABRI ont montré une résistance élevée à l'amikacine (87 %) et à la tigécycline (62 %), avec une sensibilité conservée à la colistine (résistance 0,5 %). Les ERC3G présentaient une résistance de 21 % à l'amikacine, 14 % au méropénème, 38 % à l'imipénème et 3 % à la colistine. Les PARC affichaient des résistances de 70 % à l'amikacine, 65–75 % aux carbapénèmes et 2 % à la colistine. Les SARM restaient sensibles à 100 % à la linézolide et à la vancomycine ; une seule souche résistante à la téicoplanine a été isolée en 2020. L'étude de l'évolution temporelle a montré une augmentation significative des résistances aux carbapénèmes chez les entérobactéries ($p<0,001$).

Les infections respiratoires en réanimation sont dominées par Acinetobacter baumannii et Klebsiella pneumoniae. L'augmentation des résistances aux carbapénèmes, malgré une sensibilité préservée à la colistine, constitue une alerte nécessitant un renforcement des mesures de prévention et un usage raisonnable des antibiotiques

P 006 L'ENCÉPHALITE RABIQUE, DES ENJEUX DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE: A PROPOS D'UN CAS

Auteurs :

F. Jalloul * (jalloul.faten@gmail.com): Réanimation médicale Houcine Bouzaiène Gafsa ..

N. Ben Algia (najlabenalgia1@gmail.com): Réanimation médicale Houcine Bouzaiène Gafsa ..

F. Feki (fatma.el.fekii@gmail.com): Réanimation médicale Houcine Bouzaiène Gafsa ..

La rage humaine est une encéphalomyélite virale aiguë presque toujours mortelle une fois les symptômes apparus. Le diagnostic repose sur la détection du virus ou de son génome dans la salive, le LCR ou une biopsie cutanée par RT-PCR, mais ces techniques ne sont pas toujours disponibles. Aucun traitement curatif n'existe à ce jour une fois la maladie déclarée. La prophylaxie post-exposition, demeure la pierre angulaire de la lutte contre la rage humaine.

Il s'agit d'un patient âgé de 12 ans, vivant en milieu rural, sans antécédents pathologiques, admis au service de pédiatrie de l'hôpital Houcine Bouzaiène de Gafsa pour céphalées, syndrome confusionnel évoluant depuis six jours. La température était à 38° C avec un GCS à 14/15. Il n'avait pas de syndrome méningé, ni de signes de localisation. L'examen hémodynamique et respiratoire était normal ainsi que le reste de l'examen somatique. Le scanner cérébral était normal. Les bilans sanguins étaient sans anomalies et il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. Un bilan infectieux a été réalisé : Une ponction lombaire avec une PCR herpès à l'admission, des hémocultures, un ECBU qui étaient sans anomalies. Malgré la négativité du bilan initial, l'enfant a été traité par Céfotaxime, Vancomycine et Aciclovir en IV. La surveillance clinique du patient a révélé une agitation et des spasmes pharyngés qui s'exacerbent par la simple vue du soluté de perfusion. Ce fait était encore confirmé par la vue d'eau (hydrophobie). Devant ce symptôme spécifique de la maladie rabique, l'interrogatoire a été repris pour relever effectivement la notion d'une morsure par un chien errant un mois auparavant et qui était totalement négligée. Des prélèvements sérique et salivaire ont été adressés à l'IPT. Les résultats n'étaient pas concluants. Une IRM cérébrale faite à J2 d'hospitalisation était normale. L'enfant a reçu une dose d'immunoglobulines ainsi qu'une première dose de vaccin antirabique dès J1 d'hospitalisation. L'évolution clinique était émaillée par l'accentuation de l'agitation et l'installation d'un délire ainsi qu'une fièvre à 39° dès J3. A J5, le patient a présenté des troubles neurovégétatifs (tachycardie à 156 bpm et une rétention urinaire). Une IRM cérébro médullaire a été faite sans anomalies. A J7, l'enfant a présenté un coma profond avec un état de choc nécessitant son transfert en réanimation avec recours à la ventilation mécanique et à la noradrénaline à des doses rapidement croissantes. L'évolution était fatale. Le patient est décédé douze heures après. La confirmation diagnostique de la rage a été obtenue en post-mortem révélant la présence du virus rabique dans les tissus cérébraux.

La rage humaine demeure une affection redoutable une fois les signes cliniques déclarés, malgré les progrès en matière de prophylaxie et de soins intensifs. La lutte contre la rage repose essentiellement sur la vaccination antirabique de masse des chiens, réservoir principal du virus, et la prévention secondaire, par une prise en charge rapide et complète des personnes exposées afin d'éviter un issu fatal.

P 007 Endocardite infectieuse chez le brûlé : défi thérapeutique

Auteurs :

Amenne Alouini (amenne.alouini@fmt.utm.tn): Réanimation des Brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Hana Fredj (fredjhanask@gmail.com): Réanimation des Brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Chaima Hajri (sheima.hajri98@gmail.com): Réanimation des Brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Omar Blagui (mohamedomar.blagui@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Souhaila Ben Messoud (sou.benmassoud@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Sarra Zarrouk (sarrabenzarouk@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Imen Jemi (imenjami@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Bahija Gasri (bahijagasri2002@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

Amel Mokline (amel.mokline@fmt.utm.tn): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous ..

L'endocardite infectieuse demeure grave avec une mortalité de 25–30 % [1] malgré les nouvelles stratégies thérapeutiques. Chez le brûlé grave, elle est sous-diagnostiquée et souvent fatale. Nous rapportons le cas d'une endocardite infectieuse chez une enfant brûlée.

Fille de 11 ans, originaire de Dakar, était victime des brûlures graves à 40 % de la surface corporelle, et transférée dans notre service à J35 post-brûlures pour suite de prise en charge. Il s'agissait des brûlures profondes intéressant le tronc circulaire, les 2 membres supérieurs, les 2 cuisses et le périnée. A J7 d'admission, la patiente a présenté un sepsis à porte d'entrée cutanée, mise sous antibiothérapie empirique à base de piperacilline-tazobactam, colistine et amikacine. Dans le cadre de l'enquête étiologique, une échocardiographie transthoracique a été faite révélant une végétation tricuspidale (24–29 mm). Un body scanner a été fait dans le cadre de bilan d'extension a montré des emboles septiques spléniques et une embolie pulmonaire. Les hémocultures étaient postives à *Staphylococcus Aureus*, *Acinetobacter Baumanii*, *ProvidenciaStuartii*, *Enterobacter Cloacae* et *Candida tropicalis*. Une escalade thérapeutique a été faite avec adjonction de la fosfomycine et de Fluconazole. Un contrôle échographique des végétations était hebdomadaire avec l'équipe de cardiopédiatrie. L'indication chirurgicale a été retenue du fait de la taille de la végétation et des emboles septiques. Néanmoins, l'acte a été récusé par l'équipe de chirurgie cardiaque, en raison du risque majeur de médiastinite post-opératoire lié aux brûlures thoraciques étendues. La patiente a donc bénéficié d'une prise en charge médicale combinant Colistine, Fosfomycine, Amikacine, Fluconazole puis Caspofungine, Lévofloxacine et Ertapénème. L'évolution était défavorable avec une augmentation de la taille des végétations. La patiente est décédée à J50 d'hospitalisation dans un tableau de choc septique réfractaire avec défaillance multiviscérale, malgré un traitement médical optimal.

L'endocardite du grand brûlé, est souvent polymicrobienne, grave et son traitement est médico-chirurgicale. Une échocardiographie systématique à l'admission des patients transférés paraît indispensable. Ref 1- F. Thuny et al. Am Heart J (2012)

P 008 Rickettsiose à évolution fulminante : un diagnostic différé aux conséquences fatale

Auteurs :

Alimi Wiem (wiemalimizouari@gmail.com): Service des urgences Hôpital régional Mahmoud el Matri Ariana ..

Kallel Emna (emnakallel165@gmail.com): Service des urgences Hôpital régional Mahmoud el Matri Ariana ..

Hammami Bouthaina (bouthaina.hammami20@gmail.com): Service des urgences Hôpital régional Mahmoud el Matri Ariana ..

EL Aiba Rim (rimelaiba@gmail.com): Service des urgences Hôpital régional Mahmoud el Matri Ariana ..

Zaouche Khedija (khedija.zaouche@gmail.com): Service des urgences Hôpital régional Mahmoud el Matri Ariana ..

La fièvre boutonneuse méditerranéenne, due à *Rickettsia conorii* et transmise par la tique du chien, est généralement bénigne. Nous rapportons un cas rare à évolution fatale, marqué par une défaillance multiviscérale, suite à un diagnostic et un traitement retardés.

Un homme de 61 ans, hypertendu et diabétique, vivant en milieu rural sans notion de voyage récent, a consulté pour une fièvre avec frissons et asthénie évoluant depuis une semaine. À l'examen, il présentait une polypnée de type Kussmaul, une tachycardie à 140 battements/minute, une pression artérielle à 110/60 mmHg, un état de somnolence intermittent sans signes de localisation ni syndrome méningé, ainsi qu'une éruption cutanée du tronc et un sub-ictère. Il avait une fièvre en plateau à 38,5°C. Le diagnostic initial était celui d'un sepsis urinaire avec décompensation diabétique acidocétosique. Le bilan biologique montrait une insuffisance rénale aiguë (créatinine 356 µmol/L), un syndrome inflammatoire marqué (leucocytes 20 080/mm³, CRP 202 mg/L), une cytolysé modérée et une cholestase. Les hémocultures, l'ECBU et l'imagerie thoraco-abdominale n'ont pas permis d'identifier de foyer infectieux évident. Malgré une antibiothérapie adaptée (céfotaxime, puis association à visée méningée et aciclovir devant la PL montrant 10EB/mm³, une normoglucorachie et une hyperpoténorechie), l'état du patient s'est aggravé avec apparition d'un état de choc nécessitant le recours à la noradrénaline et extension de l'éruption aux quatre membres. Un nouvel interrogatoire familial a révélé un épisode similaire chez l'épouse et la mort récente de leur chien. L'examen a retrouvé un chancre d'inoculation nécrotique digital, orientant vers une rickettsiose sévère compliquée d'une défaillance multiviscérale (rénales, hémodynamique, hépatique et neurologique). Malgré l'instauration tardive d'une doxycycline, l'évolution a été fatale.

Ce cas souligne la gravité possible de la fièvre boutonneuse méditerranéenne, dont les formes sévères peuvent causer une défaillance multiviscérale. Ainsi, face à un état de choc sans porte d'entrée évidente associé à une éruption cutanée, la rickettsiose devrait être évoquée.

P 009 Cérébrite grave compliquant une méningo encéphalite à pneumocoque bien évoluée sous l'association céfotaxime-lévofoxacine

Auteurs :

Asma REKIK (rekik.asma1@gmail.com): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..

Najeh BACCOUCHE (baccouch.najeh@gmail.com): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..

Nour KALLEL (Nourkallel82@gmail.com): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..

Sana KHARRAT (sanakharrat15@hotmail.com): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..

Mabrouk BAHLOUL (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..

Chokri BEN HAMIDA (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..

Les vascularites cérébrales, les cérébrites et les abcès cérébraux sont des complications rares de la méningite à pneumocoque mais grave. Une fois ces complications neurologiques installées, la question de leur réversibilité se pose vu les difficultés diagnostique et surtout thérapeutique.

Nous rapportons le cas d'un patient jeune âgé de 39 ans sans antécédents médicaux particuliers le patient était admis initialement pour coma dans un contexte fébrile (T à 39°C), avec un GCS=8/15, le

patient a présenté une crise convulsive tonicoclonique généralisé. Il a été intubé ventilé sédaté. Une TDM cérébrale faite : un comblement des sinus maxillaires et sphénoidals sans autre anomalies. Une ponction lombaire faite : un LCR franchement purulent, une protéinorrachie à 10.68 g/l, une hypoglycorrachie <0.11mmol/l, des leucocytes >10000, 100% de PNN, avec à l'examen direct des Coccis à Gram +. Une antibiothérapie à base de céfotaxime 300 mg/kg/j associées à une corticothérapie ont été instaurés. La culture de la PL est revenue positive à Pneumocoque sensible à la pénicilline. A j 3 d'évolution, la sédation a été arrêté le patient ne se réveille et pas de reflex de la toux. Un scanner cérébral n'a pas permis d'expliquer l'aggravation neurologique. Une PL de contrôle a montré innombrable leucocytes avec persistance de l'hypoglycorrachie à 0.79 mmol/L une protéinorrachie à 6.91 g/l. Une IRM cérébrale faite : Infarctus ischémique bilatéral cérébelleux secondaire à une vascularite infectieuse, engagement amygdalien, thrombophlébite du sinus sagittal inférieur et cérébrite. Face à ce tableau, un traitement par le lévofloxacine à la dose de 500mg*3/jour a été associé à la céfotaxime pendant 15 jours, afin d'optimiser la diffusion cérébrale, associé à une perfusion de sérum salé hypertonique et une anticoagulation curative. Une amélioration clinique, biologique et radiologique a été observée. Une IRM de contrôle réalisée à 7 jours d'intervalle a montré la disparition des lésions ischémiques et de l'engagement amygdalien. Le patient a pu regagner son domicile après 29 jours d'hospitalisation.

Le traitement des complications de la méningoencéphalite à pneumocoque reste un défi nécessitant parfois une association d'antibiothérapie afin d'améliorer le pronostic vital et neurologique.

P 010 Colite à *Dientamoeba fragilis*, protozoaire intestinal négligé, compliquée d'un état de choc septique

Auteurs :

Asma REKIK (rekik.asma1@gmail.com): Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax ..
Najeh BACCOUCHE (baccouch.najeh@gmail.com): Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax ..
Rania KRICHENE (raniakrichen17@gmail.com): Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax ..
Rania AMMAR (rania.ammarzayani@gmail.com): Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax ..
Mabrouk BAHLOUL (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax ..
Chokri BEN HAMIDA (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax ..

Dientamoeba fragilis est un protozoaire intestinal souvent négligé, considéré à tort comme peu pathogène. Pourtant, il peut être responsable de colites sévères, voire d'états de choc septique dans de rares cas. Sa détection reste difficile, en raison de la faible sensibilité des méthodes classiques.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 68 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle, d'insuffisance rénale chronique au stade d'hémodialyse, de coronaropathie avec pose de stents en 2012 et en 2023, d'hépatite C, d'hypercholestérolémie, d'arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA), ainsi que d'anémie. Elle a été initialement admise au service de réanimation pour une instabilité hémodynamique. L'interrogatoire a révélé des épisodes de diarrhées et de vomissements évoluant depuis deux semaines, sans anomalies cliniques notables à l'examen abdominal. Le bilan biologique montrait une bi-cytopenie : thrombopénie à 55 000 plaquettes/ μ L, neutropénie à 400/ μ L et lymphopénie à 100/ μ L. La CRP était à 97 mg/L. Une enquête microbiologique a été menée, comprenant des hémodcultures (flacons aérobie, anaérobie et Sabouraud), une coproculture et une recherche de toxines A et B de Clostridioïdes difficile, toutes revenues négatives. L'échographie abdomino-pelvienne initialement était sans anomalies. Un scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste, a montré un aspect évocateur de recto-sigmoïdite probablement d'origine infectieuse, associé à une dilatation de la voie biliaire principale et une visibilité des voies biliaires intra-hépatiques en amont d'un épaississement pariétal circonférentiel du bas cholédoque, rehaussé après injection. L'examen parasitologique des selles est revenu positif à *Dientamoeba fragilis*, avec présence de formes végétatives. La patiente a été mise sous Imipénème, Métronidazole, Fluconazole (Triflucan) et Amikacine avec adaptation posologique à la fonction rénale.

Ce cas met en lumière l'importance de considérer *Dientamoeba fragilis* dans le diagnostic différentiel des colites aiguës sévères, en particulier face à une symptomatologie digestive persistante et un contexte d'immunodépression.

P 011 Fongémie à *Trichosporon asahii* chez un patient immunodéprimé sous traitement antifongique curative

Auteurs :

Asma REKIK (rekik.asma1@gmail.com): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..
Najeh BACCOUCHE (baccouch.najeh@gmail.com): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..
Jihene BACH HAMBA (ji.hene988@gmail.com): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..
Sabrine BRADAI (sabrine.brada2@gmail.com): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..
Mabrouk BAHLOUL (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..
Chokri BEN HAMIDA (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..

Les fongémies résistantes définies comme des infections fongiques survenant malgré l'administration d'un traitement antifongique actif, représentent un défi croissant en milieu hospitalier, en particulier chez les patients immunodéprimés. Parmi ces infections, celles causées par des levures rares telles que *Trichosporon asahii*, constituent une entité émergente, encore mal connue et peu étudiée dans la littérature.

Nous rapportons le cas d'un jeune patient de 25 ans aux antécédents de greffe rénale sous immunosupresseurs et corticothérapie, une vessie neurologique ayant conduit à un montage de type Bricker, des pyélonéphrites aiguës à répétition, ainsi qu'une pancréatite d'origine médicamenteuse. Le patient a été transféré du service de néphrologie à notre service de réanimation pour une détresse respiratoire aiguë sévère d'origine multifactorielle, imposant une ventilation mécanique invasive. Les étiologies identifiées étaient une embolie pulmonaire, un œdème pulmonaire aigu dans le cadre d'un syndrome cardio-rénal de type 3, et une pneumopathie virale. Dès son admission, un syndrome d'aplasie médullaire a été constaté, rattaché à une cause toxique (la prise de Fortum® et Imurel®), ou post-infectieuse. Ce tableau s'associait à un sepsis sévère, avec une infection urinaire à *Burkholderia* spp. et *Candida glabrata*. Le traitement initial comportait une antibiothérapie à large spectre associée à une échinocandine. À J3 d'hospitalisation, le patient a présenté un choc septique avec fièvre à 39,5°C, une pression artérielle à 80/30 mmHg, tachycardie à 160 bpm/min et CRP à 302 mg/L. Un support vasopresseur par noradrénaline (3 mg/h) a été instauré. Les hémocultures ont alors mis en évidence une fongémie à *Trichosporon asahii*, pathogène opportuniste rare, naturellement résistant aux échinocandines. Une bithérapie antifongique par voriconazole (Vfend®) et amphotéricine B liposomale a été débutée en urgence. Néanmoins, l'évolution a été défavorable, avec un choc septique réfractaire conduisant au décès du patient à J5 de sa prise en charge.

Les fongémies à *Trichosporon asahii* sont des infections opportunistes rares mais graves, survenant principalement chez les patients immunodéprimés, notamment en cas d'hémopathie, d'aplasie médullaire ou de traitement immunosupresseur. La résistance intrinsèque aux échinocandines et la sensibilité réduite à l'amphotéricine B limitent les options thérapeutiques, rendant le pronostic défavorable.

P 012 *Debaryomyces hansenii* comme cause rare mais grave de choc septique : à propos d'un cas

Auteurs :

Asma REKIK (rekik.asma1@gmail.com): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..
Najeh BACCOUCHE (baccouch.najeh@gmail.com): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..
Abir DAMMAK (abirdammakg@gmail.com): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..
Sabrine BRADAI (sabrine.brada2@gmail.com): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..
Mabrouk BAHLOUL (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..
Chokri BEN HAMIDA (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation médicale Habib Borguiba Sfax ..

Les candidoses invasives représentent une cause majeure de mortalité en unités de soins intensifs. Bien que les espèces du genre *Candida* sont les plus fréquentes, des espèces telles que *Debaryomyces hansenii* émergent de plus en plus en particulier dans des contextes de soins intensifs prolongés, d'antibiothérapie large spectre ou de dispositifs invasifs.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 61 ans, diabétique hypertendu, ayant récemment bénéficiée d'un remplacement valvulaire mitral pour endocardite infectieuse à staphylocoque coagulase négative, 9 jours avant son admission en soins intensifs pour la prise en charge d'un polytraumatisme (suite à un accident de circulation survenant lors de son transfert d'un hôpital à un autre). Avec comme bilan lésionnel un traumatisme thoracique et abdominal nécessitant le recours à la ventilation mécanique. L'évolution a été marquée par une succession d'infections nosocomiales sévères, notamment plusieurs septicémies à germes multi-résistants : • *Pseudomonas aeruginosa* dès J1 (traitée par ceftazidime + colistine), • *Stenotrophomonas maltophilia* à J19, • *Klebsiella pneumoniae* dans le cadre d'une PAVM à J20, • *Providencia spp.* à J22, • Puis une co-infection à *Klebsiella*, *Pseudomonas* et *Acinetobacter* traitée par Zavicefta®. À J44 d'hospitalisation, la patiente a développé une fongémie à *Debaryomyces hansenii*. Un traitement antifongique par fluconazole (Triflucan®) a été initié, sans succès. La patiente a rapidement évolué vers un état de choc septique réfractaire, avec décès à J53. Les principaux facteurs de risque identifiés dans ce cas étaient la présence prolongée de cathéters veineux centraux, l'exposition répétée aux antibiotiques à large spectre, l'immunosuppression relative, ainsi que la durée prolongée du séjour en réanimation.

Les candidémies à *Candida non-albicans*, notamment *Debaryomyces hansenii*, bien que rares, sont associées à un pronostic péjoratif, surtout en cas de diagnostic tardif ou de traitement antifongique inadapté. La résistance naturelle de cette levure aux échinocandines et sa sensibilité variable aux azolés rendent la prise en charge complexe.

P 013 *Proteus Penneri*, une étiologie rare de PAVM en réanimation : à propos de deux cas

Auteurs :

A.Dammak* (abirdammakg@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..
N.Baccouch (baccouch.najeh@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..
M.Assaguem (malekassaguem@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..
F.Kessentini (Firas.kessentini@medecinesfax.org): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..
I.Dahech (inesdahech23@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..
N.Kallel (Nourkallel82@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..
M.Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..
C.Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..

Le *Proteus penneri* est une entérobactérie opportuniste rarement incriminée dans les pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM). Son émergence survient surtout chez des patients fragiles, exposés à une ventilation prolongée, aux dispositifs invasifs et à des antibiothérapies antérieures. Nous rapportons deux cas de PAVM à *Proteus Penneri* en réanimation.

Cas clinique n°1 : Il s'agit d'un homme de 27 ans, sans antécédents pathologiques notables, admis en réanimation pour la prise en charge d'un traumatisme crânien grave ayant nécessité une ventilation mécanique invasive. L'évolution a été marquée au 7^e jour par l'apparition d'une fièvre, des sécrétions trachéales purulentes, une hypoxémie sévère et des images radiologiques évocatrices d'une pleuropneumopathie sur la TDM thoracique. Le diagnostic de PAVM a été retenu. Un prélèvement trachéal distal protégé a été réalisé, et une antibiothérapie empirique par imipénème/colistine a été instaurée. La culture du prélèvement microbiologique était positive à *Proteus Penneri*. D'où l'arrêt de la colimycine. Le *Proteus* était sensible à l'imipénème (à forte posologie). La durée totale du traitement antibiotique à base d'imipénème était de 21 jours. L'évolution a été favorable, permettant le sevrage de la ventilation mécanique. Cas clinique n°2 : Il s'agit d'un homme de 55 ans, ayant comme antécédent un accident vasculaire cérébral ischémique non séquellaire, a été admis pour prise en charge d'un polytraumatisme nécessitant le recours à la ventilation mécanique invasive. Au 11^e jour d'hospitalisation, il a développé une PAVM à *Acinetobacter baumannii*, traitée par colistine intraveineuse et nébulisée. Après 7 jours d'antibiothérapie et une amélioration clinique initiale, l'évolution a été marquée par une réaggravation de l'hypoxémie et du syndrome inflammatoire biologique et l'apparition d'un nouveau foyer radiologique pulmonaire droit. Un nouveau prélèvement trachéal a isolé un *Proteus penneri* en

densité significative, sensible à l'ertapénème. L'antibiothérapie a été adaptée à ce dernier, administré pendant 8 jours, avec une évolution clinique, biologique et radiologique favorable. *Proteus penneri*, bien que rare, peut être responsable de PAVM sévères en réanimation. Ils soulignent l'importance de considérer les pathogènes inhabituels chez les patients à risque, et de s'appuyer sur une identification microbiologique précoce pour adapter l'antibiothérapie et limiter les résistances.

P 014 Les Infections associées aux soins à *Stenotrophomonas maltophilia* en réanimation

Auteurs :

A.Dammak* (abirdammakg@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..
N.Baccouch (baccouch.najeh@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..
M.Assaguem (malekassaguem@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..
A.Rekik (rekik.asma1@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..
I.Dahech (inesdahech23@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..
F.Kessentini (Firas.kessentini@medecinesfax.org): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..
M.Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..
C.Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax ..

Le *Stenotrophomonas maltophilia* est un bacille à Gram négatif opportuniste non fermentante, de plus en plus incriminé dans les infections associées aux soins, notamment en réanimation. Il touche surtout les patients fragiles, immunodéprimés ou porteurs de dispositifs invasifs.

Décrire les caractéristiques épidémiologie, cliniques et pronostic des infections nosocomiales à *Stenotrophomonas maltophilia* chez les patients hospitalisés en réanimation.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de réanimation sur une période de 09 mois (janvier 2025-septembre 2025). On a inclus tous les patients chez qui on a isolé le *sténotrophomonas maltophilia* dans un prélèvement microbiologique.

Durant la période d'étude 11 prélèvements positifs à *sténotrophomonas maltophilia* ont été recensés chez 9 patients qui ont été inclus. L'âge moyen de nos patients était de $44,8 \pm 19,4$ ans. Cinq patients avaient au moins 1 antécédents. Le motif d'hospitalisation le plus fréquent était traumatologique dans 6 cas. Huit patients étaient intubés ventilés sédatés et mis sous antibiothérapie pour la pneumopathie d'inhalation, 1 seul patient était curarisé. Six patients avaient un état de choc. Les moyennes des scores SAPS II et SOFA à l'admission en réanimation étaient de $41,4 \pm 19,4$ et $6,8 \pm 2,94$ respectivement. Tous les patients étaient porteurs d'un cathéter veineux central (délai moyen d'exposition $8,7 \pm 4,63$ jours) et d'une sonde vésicale ($10,55 \pm 4,2$ jours). Cinq patients avaient bénéficié d'une intervention chirurgicale. Le délai moyen d'apparition de l'infection à *Stenotrophomonas* était de $17,44 \pm 15,1$ jours. Les sites identifiés étaient : infection liée au cathéter dans 2 cas, infection pulmonaire dans 1 cas et septicémie dans 6 cas. Six patients présentaient une autre infection associée et étaient sous antibiothérapie à large spectre. Les infections à *Stenotrophomonas* ont été compliquées d'une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) dans 2 cas, d'un syndrome d'activation macrophagique dans 1 cas. L'antibiothérapie a été guidée par les résultats microbiologiques chez tous les patients. L'association cotrimoxazole et lévofoxacine a été utilisée chez 8 patients et cotrimoxazole avec ceftazidime chez 1 patient. Un seul patient est décédé.

Les infections à *Stenotrophomonas maltophilia* sont des infections nosocomiales opportunistes causées par une bactérie à Gram négatif et retrouvée dans l'eau. Elle est résistante à de nombreux antibiotiques, rendant son traitement difficile. D'où l'intérêt d'appliquer et de respecter les mesures d'hygiènes.

P 015 L'Association d'Invanz et de Tiénam peut être alternative optimale pour le traitement d'une infection à *Proteus mirabilis* multirésistante

Auteurs :

Mariem Rékik* (maryemrekik123@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Rania Ammar Zayani (rania.ammarzayani@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Rania Sassi (ran.sassi@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Olfa Gargouri (oltagargouri19@gmail.com): Laboratoire de microbiologie de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Les infections à *Proteus mirabilis* multirésistantes constituent un défi thérapeutique majeur. L'association de carbapénèmes peut représenter une option de sauvetage dans les situations critiques où les alternatives sont limitées. Nous rapportons le cas d'une patiente atteinte d'hépatite fulminante compliquée de défaillance multiviscérale, ayant survécu à une infection à *Proteus mirabilis* multirésistante traitée par l'association d'Invanz (ertapénem) et de Tiénam (imipénem).

Une femme de 30 ans a été admise en réanimation pour hépatite fulminante secondaire à une intoxication au paracétamol, compliquée d'une défaillance multiviscérale nécessitant ventilation mécanique et support vasopresseur. Au cours de l'évolution, la patiente a présenté un syndrome infectieux avec isolement de *Proteus mirabilis* multirésistant à la majorité des antibiotiques usuels, y compris les céphalosporines et les aminosides. Devant la résistance étendue, une bi-antibiothérapie à base d'Invanz et de Tiénam a été instaurée, avec surveillance étroite de la tolérance hépatique et rénale. Une amélioration clinique et biologique progressive a été observée, permettant un sevrage des supports vitaux et une récupération hépatique complète.

L'association Invanz-Tiénam pourrait constituer une alternative thérapeutique de dernier recours dans les infections à *Proteus mirabilis* multirésistantes en contexte de défaillance hépatique sévère. Des études complémentaires sont nécessaires pour mieux définir son efficacité et sa tolérance dans les situations extrêmes.



P 016 Profil des bactéries multirésistantes isolées à partir des hémocultures dans les services de réanimation (2017–2023)

Auteurs :

Dhouha Belgacem (dhouhabelgacem@gmail.com): Réanimation médicale CHU Sahloul ..

Maher Abdelkader (maher.abdelkader@gmail.com): Laboratoire de microbiologie CHU Fattouma Bourguiba de Monastir ..

Yosr Kadri (yosrguedri@gmail.com): Laboratoire de microbiologie CHU Fattouma Bourguiba de Monastir Maha Mastouri (mastourimahaa@yahoo.fr): Laboratoire de microbiologie CHU Fattouma Bourguiba de Monastir ..

Les infections sanguines à bactéries multirésistantes (BMR) représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité en réanimation. Leur identification précoce et la connaissance de leurs profils de résistance sont essentielles pour une prise en charge adaptée.

décrire le profil épidémiologique et microbiologique des BMR isolées à partir des hémocultures en réanimation sur une période de sept ans

Étude rétrospective descriptive menée entre 2017 et 2023. Ont été incluses toutes les souches de BMR isolées à partir d'hémocultures provenant des services de réanimation (réanimation médicale et

anesthésie-réanimation). Les variables étudiées comprenaient l'espèce bactérienne, le sexe et les profils de résistance aux antibiotiques de dernier recours

Au total, 189 souches de BMR ont été isolées, avec une prédominance masculine (sex-ratio = 2,6). Les BMR les plus fréquemment identifiées étaient les entérobactéries résistantes aux céphalosporines de 3e génération (ERC3G) (n=102 ; 53 %), suivies des *Acinetobacter baumannii* résistants à l'imipénème (ABRI) (n=57 ; 30 %), des *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM) (n=16 ; 9 %) et des *Pseudomonas aeruginosa* résistants à la ceftazidime (PARC) (n=14 ; 8 %). Parmi les ERC3G, *Klebsiella pneumoniae* représentait 71 %, *Enterobacter cloacae* 13 % et *Escherichia coli* 7 %. Les ERC3G présentaient une résistance de 15 % à l'amikacine, de 9 % au méropénème, de 36 % à l'imipénème et de 3 % à la colistine. Les ABRI montraient une résistance élevée à l'amikacine (91 %) et à la tigécycline (53 %), avec une sensibilité totale à la colistine. Les PARC affichaient des résistances de 86 % à l'amikacine et de 71 % aux carbapénèmes, sans résistance détectée à la colistine. Les SARM restaient sensibles à 100 % à la linézolide et à la vancomycine ; une seule souche résistante à la téicoplanine avait été isolée en 2020. L'étude de l'évolution temporelle montrait une augmentation significative des résistances aux carbapénèmes chez les entérobactéries ($p < 0,001$).

Les ERC3G constituaient les principales BMR isolées à partir des hémocultures en réanimation. La persistance de taux élevés de résistance aux carbapénèmes, notamment chez *Klebsiella pneumoniae*, souligne la nécessité d'un renforcement des mesures de prévention et de surveillance microbiologique.

P 017 Épidémiologie de l'*Acinetobacter baumannii* multiresistant en réanimation

Auteurs :

Nafissa Derbel* (derbel.nafissa@yahoo.com) : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Rania Ammar Zayani (rania.ammarzayani@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Olfa Gargouri (Olfagargouri19@gmail.com): Laboratoire de microbiologie Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Najeh Baccouch (baccouch.najeh@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX ..

L'*Acinetobacter baumannii* multirésistant est un pathogène opportuniste fréquent en réanimation, causant des infections sévères (pneumonies, bactériémies) chez des patients hospitalisés en réanimation. Son épidémiologie est marquée par une forte prévalence et une résistance élevée aux antibiotiques de première ligne, y compris les carbapénèmes.

Etudier l'épidémiologie de l'infection à *Acinetobacter baumannii* chez les patients hospitalisé en réanimation ainsi son antibiorésistance.

Nous avons réalisé une étude rétrospective de 4 mois (janvier 2025 et avril 2025) au sein du service de réanimation en incluant tous les prélèvements microbiologique à *Acinetobacter baumannii*.

Nous avons inclus 37 souches non répétitives d'*Acinetobacter baumannii* chez 32 patients. Les infections étaient à type respiratoires (78.1%), urinaire (9.4%) et bactériémies (3.1%). Les patients étaient de sexe masculin (65.6%). L'âge moyen était de 43 ans. Les Motif d'hospitalisations les plus fréquents étaient polytraumatisme (31.3%), insuffisance respiratoire aigüe (18.8%) et état de mal épileptique (12.5%). La moyenne de jours de séjour en réanimation était de 25 jours. Les ATCD les plus fréquents étaient HTA (15%), cardiomyopathie (12.5%), et BPCO (10%). Les taux de résistance d'*Acinetobacter baumannii* aux antibiotiques testés étaient élevés : 100% aux céphalosporines (CLS), 100% à la pipéracilline- tazobactam (TZP), 95.8% à l'imipénème (IPM), 97% à l'amikacine (AMK),

85.1% à la ciprofloxacine (CIP), 52% à la rifampicine (RIF) et 82.4% au cotrimoxazole (SXT), 73.7% au minocycline. La résistance à la colistine (CST) était de 2.6%.

L'infection à *Acinetobacter baumannii* en réanimation représente un véritable problème de santé publique en raison de sa forte prévalence et de son profil de résistance alarmant. Ces résultats soulignent l'urgence de renforcer les mesures de prévention et de contrôle des infections.

P 018 GESTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS CHEZ LES PATIENTS NEOPLASIQUES ADMIS EN REANIMATION

Auteurs :

I.Trabelsi (insaf.trabelsi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte..

N. Aloui* (alouinada19@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

H.Brahmi (wtbrahmi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

H. Ben Ali (Hana.benali@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

J.Guissouma (Jihene.guissouma@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

H.Ghadhoune (Hatem.ghadhoune@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

Les patients néoplasiques admis en réanimation présentent un risque élevé de complications infectieuses, favorisé par la neutropénie, les dispositifs invasifs et les traitements intensifs, compromettant ainsi leur pronostic vital et la continuité des soins.

Décrire l'approche thérapeutique des infections associées aux soins (IAS) chez les patients néoplasiques hospitalisés en réanimation.

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective monocentrique menée dans un service de réanimation médicale étalée sur une période de 13 ans (2012-2025). Nous avons inclus tous les patients ayant une pathologie néoplasique connue ou de primodécouverte. La collecte et l'analyse de données ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 23.

L'étude a inclus 51 patients atteints de pathologie néoplasique admis en réanimation, avec un genre-ratio de 2,1 et un âge médian de 61 ans[56,71]. La majorité provenait du service des urgences (59%). La néoplasie était connue chez 66%, récemment découverte chez 25% et de primo-découverte chez 8%. Les cancers hématologiques (23%), urologiques (21%), gynécologiques (15%) et bronchopulmonaires (15%) étaient prédominants, avec des métastases dans 17% des cas. Les scores médians étaient : IGS II de 36[26,53], APACHE II 15[12,24], SOFA 5[2,8] et Charlson 5[3,7]. Une IAS était considérée chez 20 malades (39%), dont 15 épisodes ont été documentés, survenant après un délai moyen de 4 ± 2 jours. Les principaux sites étaient pulmonaires (87%) et vasculaires (13%). Les germes isolés étaient dominés par *Acinetobacter baumannii* (6 cas), *Klebsiella pneumoniae* (4 cas), *Pseudomonas aeruginosa* (3 cas), *E. coli* (1 cas) et un *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline. Une candidose invasive a été observée chez 9 patients (17%), principalement à *Candida albicans* (6 cas). Les traitements incluaient des associations antibiotiques, ainsi que des antifongiques (fluconazole, voriconazole, caspofungine). L'antibiothérapie était probabiliste dans 50% des cas et adaptée aux souches isolées dans 45% des prélèvements. Les associations les plus utilisées en probabiliste étaient l'imipénème - Colistine (n=6), Imipénème- Tigécycline (n=4) et Pipéracilline-Tazobactam-Ciprofloxacine(n=3). Les autres alternatives thérapeutiques étaient l'utilisation de l'Amikacine en association. L'adjonction de la vancomycine était adoptée chez 2 patients. La mortalité globale était de 45%, avec 28 survivants dont 14 sortis à domicile.

Les IAS chez les patients néoplasiques en réanimation sont fréquentes et graves, dominées par les germes multirésistants et les candidas. Leur prévention repose sur une hygiène rigoureuse, un diagnostic précoce et un traitement antiinfectieux adapté et raisonné.

P 019 Profil des infections à *S. maltophilia* dans une unité de réanimation tunisienne : étude sur 5 ans

Auteurs :

Lahmar manel (firassmal4@gmail.com): Reanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba MONASTIR ..
zaiibi ali (3li.zaiibi@gmail.com): Reanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba MONASTIR ..
Nouira wiem (wiemnouira1@gmail.com): Reanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba MONASTIR ..
dahabi ons (Onsdhahabi6@gmail.com): Reanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba MONASTIR ..
sassi rania (ran.sassi@gmail.com): Reanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba MONASTIR ..
maatouk lyed (Maatouk.yed@gmail.com): Reanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba MONASTIR ..
bidhiafi Emir (bedhiafi.emir@gmail.com): Reanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba MONASTIR ..
Hammouda zeineb (zanoubia83@hotmail.com): Reanimation médicale CHU badreddine Aloui Kasserine ..
Dachraoui fahmi (dachraoui.fahmi@gmail.com): Reanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba MONASTIR ..
Besbes Ouanes Lamia (lamiaouanes107@gmail.com): Reanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba MONASTIR ..

Parmi les germes opportunistes émergents en milieu hospitalier, *Stenotrophomonas maltophilia* est un bacille à Gram négatif non fermentant. Son implication croissante dans les infections associées aux soins est favorisée par le recours accru aux antibiotiques et la multiplication des procédures invasives chez les patients critiques. Sa multirésistance, à la fois intrinsèque et acquise, rend la prise en charge thérapeutique particulièrement complexe

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, microbiologiques et le devenir des patients présentant une infection à *S. maltophilia* dans un service de réanimation tunisien

Une étude observationnelle rétrospective a été conduite au sein du service de réanimation médicale de Monastir sur la période de janvier 2020 – septembre 2025. Tous les patients présentant au moins un prélèvement positif à *S. maltophilia*, interprété comme significatif sur le plan clinique, ont été inclus. Les données démographiques, cliniques, microbiologiques et évolutives ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et des registres de laboratoire

durant la période d'étude, 42 prélèvements ont été identifiés chez 34 patients majoritairement de sexe masculin (67 %). L'âge médian était de 59 ans (IQR [49–69]). Des comorbidités respiratoires, notamment la BPCO, étaient fréquemment retrouvées (38 %). Le score SOFA médian à l'admission était de 4 (IQR [3–7]). Le délai médian entre l'admission en réanimation et l'isolement de *S. maltophilia* était de 9 jours (IQR [3–23]). Les hémocultures représentaient la majorité des isolats (52.4 %). Concernant l'antibiogramme, 88 % des souches étaient sensibles à la lévofoxacine, 39 % à la ticarcilline-acide clavulanique, tandis que 51 % étaient résistantes à la ceftazidime.

Les infections à *Stenotrophomonas maltophilia* représentent une cause croissante d'infections nosocomiales en réanimation. Leur émergence est favorisée par l'exposition prolongée aux antibiotiques et l'utilisation de dispositifs invasifs. La limitation des options thérapeutiques, liée à la multirésistance de la bactérie, souligne l'importance d'une politique rigoureuse de prévention, d'une utilisation raisonnée des antibiotiques et d'une surveillance microbiologique continue.

P 020 Infection comme cause de décompensation de la cétoacidose diabétique: étude comparative

Auteurs :

Asma Ouhibi (ouhibasma4@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..
Hiba Larnaout (hiba.larnaout@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..
Leila Boursali (borsalileila@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..
Lynda Messaoud (lyndamessaoud1991@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..
Eya Seghir (eya.seghir.91@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..
Asma Mahdi (asmaelmahdi245@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..

Ahlem Trifi (trifiahlem2@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..

Sami Abdellatif (abdellatifsamy@gmail.com): réanimation médicale la Rabta ..

La cétoacidose diabétique (CAD) est une décompensation métabolique sévère et fréquente du diabète sucré. Les facteurs de décompensation sont divers mais le dépistage des infections chez le diabétique en déséquilibre doit être systématique car généralement ces infections peuvent être asymptomatiques. Etudier l'impact des infections comme facteur de décompensation cétoacidosique du diabète sur le profil évolutif des malades admis en réanimation pour prise en charge d'une CAD .

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective menée au service de réanimation médicale hôpital la Rabta entre le 1er Janvier et le 31 Décembre 2024. Nous avons inclus tous les patient admis pour prise en charge d'une cétoacidose diabétique . le diagnostic d'une CAD était fondé sur 3 critères :une glycémie $>2.5/l$,bicarbonate plasmatique $< 15 \text{ mmol/l}$ ou <7.30 et une acétonurie à 2 croix. le diagnostic d'une infection a été posé sur la base d'éléments anamnestiques, cliniques, biologiques et microbiologiques.

On a inclus 101 patients:66 femmes et 35 hommes avec sexe ratio 1,88. La majorité des patients étaient des diabétiques (89%). La moyenne d'âge était de 36ans (12-80ans). Chez 11 patients, la cétoacidose diabétique étaient le mode de révélation du diabète. Le signe clinique prédominant était les signes digestifs chez 88 patients suivi par l'asthénie chez 65 patients. A l'admission, 48 patients présentaient une acidose métabolique sévère. Les infections étaient une cause de décompensation chez 20 patients soit 19.2%, réparties comme suit : les pneumopathies communautaires chez 10 patients, les infections urinaires chez 7 patients et 3 patients avaient une infection cutanée. Quatre patients uniquement avaient présenté un état de choc septique nécessitant leur mise sous drogues vasoactives. Tous les patients ont reçu une insulinothérapie en IV avec une hydratation et une supplémentation potassique. La durée moyenne d'insulinothérapie était de 24h chez 55 patients. Vingt patients ont reçu une antibiothérapie. Dans les 18 cas, l'antibiothérapie étaient probabiliste. On a isolé un germe uniquement chez 2 patients ayant une infection urinaire. Un seul patient est décédé par un état de choc septique réfractaire. En comparant les patients ayant une infection comme cause de décompensation et les patients ayant autres facteurs de décompensation : la cause infectieuse était corrélée à une durée d'hospitalisation plus longue en réanimation et pourvoyeuse de survenue de choc septique et de complications métaboliques ($p =0.042$, $p=0,004$ et $p=0,021$ respectivement). Notre étude n'a pas montré de différence significative sur la mortalité en comparant les deux groupes avec $p=0,676$.

Les infections reste une cause fréquente de décompensation chez les patients diabétiques d'où la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adéquate de toute infection afin de prévenir les complications.

P 021 Émergence d'Acinetobacter baumani dans un service de réanimation médicale: prévalence, résistance et délai d'apparition en 2024.

Auteurs :

Dhouha Belgacem (dhouhabelgacem@gmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul ..

Rafla Ben Dabebiss (rafla_bendabebiss@hotmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul ..

Hajer Zouari (hajerzouari6@gmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul ..

Abir Chihaoui (abirchihaoui123@gmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul ..

Rania Hidri (rannouch.hidri6@gmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul ..

Mariem Saadaoui (saadaouimariem97@gmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul ..

Mohamed Salem Kraoua (medsalemkraoua@gmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul ..

Lamia Tilouche (lamia_312@hotmail.com): Service de microbiologie CHU Sahloul ..

Sameh Boughattas (sameh.boughattas@gmail.com): Service de microbiologie CHU Sahloul ..

Abdelhalim Trabelsi (abdelhalim.trabelsi@gmail.com): Service de microbiologie CHU Sahloul ..

Houssem Hmouda (houssem_hmouda@yahoo.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul ..

Acinetobacter est un pathogène fréquent en réanimation, lié aux infections associées aux soins. Sa multirésistance aux antibiotiques complique la prise en charge et contribue significativement à la mortalité des patients en état critique.

Cette étude vise à évaluer la prévalence d'Acinetobacter en réanimation médicale au CHU Sahloul en 2024, analyser sa résistance, le délai d'apparition des infections et son impact sur la mortalité.

Cette étude rétrospective a été réalisée en 2024 au sein du service de réanimation médicale du CHU Sahloul. Elle a porté sur les dossiers des patients hospitalisés, incluant ceux ayant présenté une infection à Acinetobacter. Les données collectées comprenaient les caractéristiques démographiques, les antécédents médicaux, le profil de résistance bactérienne, le délai d'apparition des infections après admission, la durée du traitement antibiotique, le séjour en réanimation ainsi que l'issue clinique. La résistance aux antibiotiques a été évaluée selon les normes de l'EUCAST à l'aide de tests de sensibilité. Les patients ont été suivis jusqu'à leur sortie ou leur décès.

L'étude a inclus 20 patients, dont 14 hommes et 6 femmes. La prévalence d'infections à Acinetobacter dans le service de réanimation était de 22% (20 patients pour 91 admissions). La majorité des patients avaient des antécédents médicaux, les plus fréquents étant l'hypertension artérielle (HTA) chez 12 patients, le diabète dans 11 cas, l'insuffisance cardiaque (IC) chez le quart des patients, l'insuffisance rénale chronique (IRC) chez 4 patients et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) chez 3 patients. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 20 jours (6-60 jours). Le motif le plus fréquent d'admission en réanimation était l'insuffisance respiratoire aiguë (12 patients) suivie des AVC (3 patients). La consultation en réanimation avait une durée moyenne de 4 jours (1-18 jours). Le prélèvement diagnostique le plus fréquent était l'aspiration trachéale (15 cas), suivi des hémocultures (4 cas) et des prélèvements urinaires (1 cas). Le délai moyen d'apparition des infections à Acinetobacter après admission en réanimation était de 6,9 jours (1-24 jours). La majorité des patients ont reçu un traitement antibiotique empirique. Concernant la résistance de Acinetobacter, 18 isolats étaient résistants à l'imipénem et à l'Amikacine tandis que presque la totalité (18 cas) étaient résistants à la colistine. La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 11,5 jours, avec une fourchette de 4 à 24 jours. L'évolution était fatale dans 14 cas. La cause principale de décès était le choc septique (13 cas).

Cette étude révèle une forte prévalence des infections à Acinetobacter en réanimation, avec une résistance préoccupante. Le délai d'apparition et la mortalité élevée soulignent l'urgence de renforcer la prévention et d'adopter des stratégies thérapeutiques ciblées.

P 022 Systemic Inflammatory Response Index « SIRI » : Valeur pronostique au cours des états septiques graves

Auteurs :

Mechmeche Hajar (hajermechmeche7@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Mahdi Asma (asmaelmahdi245@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Dekhil Eya (eyadekhil5@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Messaoud Lynda (lyndamessaoud1991@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Ouhibi Asma (ouhibasma4@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Seghir Eya (eya.seghir.91@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Trifi Ahlem (trifiahlem2@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Abdellatif Sami (abdellatifsamy@gmail.com): Réanimation médicale La Rabta ..

Les états septiques graves (ESG) constituent une cause majeure de mortalité en réanimation. L'identification précoce de biomarqueurs pronostiques serait cruciale dans ce contexte. Le Systemic Inflammatory Response Index (SIRI) apparaît comme un outil prometteur pour prédire la mortalité en cas d'un ESG.

Déterminer la valeur pronostique du score SIRI chez les patients présentant un état septique grave admis en réanimation.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et analytique, menée au sein du service de réanimation médicale la Rabta sur une période de 8 mois. Ont été inclus les patients adultes ayant développé un

ESG. On s'est intéressé principalement à la collecte de ces biomarqueurs : SIRI (Systemic Inflammatory Response Index) = (Neutrophiles × Monocytes) / Lymphocytes, PLR (Platelet-to-Lymphocyte Ratio) et NLR (Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio). Ces indices ont été recueillis à T1, T2 et T3 (Respectivement J1, J3 et J7 de l'ESG). L'association entre le SIRI et la mortalité à j28 a été recherchée en déterminant l'aire sous la courbe ROC de ce paramètre et en le comparant à celle des autres biomarqueurs (NLR/PLR). Pour l'analyse de survie, on a déterminé les HR (Hazard Ratios) dans la population générale et après pondération.

Cent patients ont été inclus. L'âge médian était de 63 ans. Le genre ratio était à 1,9. L'ESG était à type de sepsis dans 42% des cas et d'un état de choc (EDC) septique dans 58% des cas. La porte d'entrée était majoritairement respiratoire (N=95). Le score SIRI médian à T1, T2 et T3 était respectivement à 10,98 [3,35-19,7], 8,05 [3,86-21,1] et 8,19 [2,98-16,6]. Le PLR médian à T1 était à 235 et le NLR médian à T1 était à 13,51. Le score SOFA médian à T1 était à 7. En analysant la courbe ROC, le SIRI (T1) permettait de prédire la mortalité à j28 avec une AUC à 0,829 ; 95% IC [0,737-0,922] p<10-3 et ceci à partir d'un cut-off de 7,24. L'AUC était à 0,628 pour le NLR et à 0,507 pour le PLR (Figure 1). En analyse multivarié, Un score SIRI (T1) \geq 7,24 était associé à la mortalité à j28 avec un HR à 3,8; 95% IC [1,88-7,74], p<10-3. Le délai de survie à 28j se réduisait de 17 jours avec un SIRI > 7,24 chez les malades septiques (Log Rank=32,87 ; p<10-3) (Figure 2) L'analyse stratifiée sur les 3 facteurs (EDC septique / Aggression rénale aigue /SOFA (T1)) a montré qu'un SIRI \geq 7,24 était associé à la mortalité avec un HR plus important en l'absence d'un EDC septique (14,36 vs 2,19), en l'absence d'une ARA (11,11 vs 3,18) et en présence d'un score SOFA <7 (7,50 vs 2,8).

Le score SIRI, avec des items disponibles et un calcul facile permettait de prédire la mortalité en présence d'un état septique grave. Ceci est d'autant plus important chez les patients « apparemment » les moins graves permettant de les trier et de les orienter vers des structures de soins intensifs appropriés.

P 023 MÉNINGO-ENCÉPHALITE À VIRUS WEST NILE CHEZ UN PATIENT TRANSPLANTÉ RÉNAL : À PROPOS D'UN CAS RARE

Auteurs :

M.Kraoua (medsalemkraoua@gmail.com): Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse ..
H.Zouari (hajerzouari6@gmail.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse ..
R.Ben Debebiss (rafla_bendabebiss@hotmail.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse ..
R.Hidri* (raniahidri30@gmail.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse ..
A.Chihaoui (abirchihaoui123@gmail.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse ..
M.Saadaoui (saadaouimariem97@gmail.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse ..
S.Chouchène (zamitisalma92@yahoo.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse ..
D.Belgacem (dhouhablgacem@gmail.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse ..
B.El Kissi (elkissiboutheina@gmail.com): Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul, Sousse ..
O.Kallala (ouafa.kallala@gmail.com): Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul, Sousse ..
H.Trabelsi (abdelhalim.trabelsi@gmail.com): Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul, Sousse ..
H.Hmouda (houssem_hmouda@yahoo.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse ..

Le virus du Nil occidental est un arbovirus transmis par les moustiques. Chez l'homme, L'infection est le plus souvent asymptomatique. Les formes neuro-invasives, rares, touchent surtout les sujets âgés et immunodéprimés, pouvant entraîner des séquelles neurologiques ou le décès.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 33 ans, transplanté rénal depuis 2019 pour insuffisance rénale terminale, sous traitement immunosupresseur (mycophénolate mofétil et tacrolimus) qui a été admis à notre service pour PEC d'une méningo-encéphalite virale. À l'admission, il présentait une fièvre à 39 °C avec altération de la vigilance (Glasgow 13), un syndrome méningé et des tremblements fins des mains. Le bilan biologique montrait une hyponatrémie à 128 mmol/l . La ponction lombaire, faite après un scanner cérébral revenant normal, révélait un LCR clair avec des leucocytes à 300

éléments/mm³ à prédominance lymphocytaire et une hyperprotéinorachie à 0,7 g/l. Le traitement par Aciclovir a été instauré. L'évolution était marquée par l'aggravation neurologique nécessitant le recours à l'intubation oro-trachéale. La PCR multiplex sur LCR revenait négative (HSV, VZV, CMV, EBV, HHV6) ainsi que la sérologie de la fièvre Q et de la rickettsiose. L'IRM cérébrale ne montrait pas d'anomalie. La sérologie du virus West-Nile faite précocement était douteuse avec des taux d'IgM à la limite supérieure de la normale. Le diagnostic d'une méningo-encéphalite à West-Nile virus a finalement été retenu deux semaines plus tard, après confirmation sérologique montrant une ascension du taux d'anticorps.. Le patient a totalisé 10 jours d'Aciclovir associés à une réduction des doses d'immunosupresseurs. L'évolution était favorable avec amélioration clinique et extubation mais le patient gardait des tremblements et des myoclonies compatibles avec une atteinte cérébelleuse séquellaire.

Chez les patients immunodéprimés, toute méningo-encéphalite fébrile doit faire évoquer l'infection à virus de West Nile, surtout en zone endémique. Les formes neuro-invasives peuvent laisser des séquelles neurologiques persistantes malgré une évolution clinique favorable

P 024 CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET PRONOSTIQUES DES PATIENTS ATTEINTS PAR LE VIH EN MILIEU DE RÉANIMATION

Auteurs :

N.BEN MRAD (nacefbenmrad@gmail.com): Réanimation Abderrahmen Mami ..
K.BEN AHMED* (khaoulabnahmed2018@gmail.com): Réanimation Abderrahmen Mami ..
F.JARRAYA (futmajarraya8@gmail.com): Réanimation Abderrahmen Mami ..
S.SELLAOUTI (sellautiselim@gmail.com): Réanimation Abderrahmen Mami ..
M.BHIRI (mohsnabhir@gmail.com): Réanimation Abderrahmen Mami ..
R.GHBARA (Rsha993@gmail.com): Réanimation Abderrahmen Mami ..
E.RACHDI (e.rachdi@yahoo.fr): Réanimation Abderrahmen Mami ..
A.JAMOUSSI (dr.amira.jamoussi@gmail.com): Réanimation Abderrahmen Mami ..
S.AYED (samia.ayed@yahoo.fr): Réanimation Abderrahmen Mami ..
J.BEN KHELIL (jalilabenkhelil@yahoo.fr): Réanimation Abderrahmen Mami ..

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) demeure un enjeu épidémiologique et clinique majeur. Malgré l'efficacité des antirétroviraux, certains patients présentent des complications sévères, infectieuses ou non, justifiant une admission en réanimation pour une prise en charge spécialisée.

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologique et évolutives des patients atteints par le VIH en milieu de réanimation.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, étendue sur une période de 15 ans (janvier 2009-décembre 2024) au sein du service de soins intensifs de l'hôpital Abderrahmane Mami. Ont été inclus les patients âgés de plus 18 ans, séropositif au VIH hospitalisés en milieu de réanimation. Les données démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été collectées et analysées. Durant la période de l'étude, 7 454 patients ont hospitalisés en réanimation, 40 étaient séropositifs au VIH (0,53 %) et 33 ont été inclus dans l'analyse. L'analyse des données démographiques et clinico-biologiques de la cohorte a montré que l'âge moyen était de 39 ± 11 ans avec un genre-ratio (H/F) de 0,7. Les médianes des scores APACHE II et IGS II étaient respectivement de 15 ± 11 et 30 ± 9 . Quatre patients avaient des antécédents de pathologies respiratoires (BPCO, asthme), 2 patients étaient hypertendus et un patient atteint de diabète type 2. À l'admission, 24 % des patients étaient déjà diagnostiqués séropositifs au VIH, tandis que l'infection a été découverte lors de l'hospitalisation chez 76 % des patients. Les signes cliniques prédominants étaient la dyspnée (87 %), la toux (72 %) et la fièvre (69 %). La pneumocystose pulmonaire était l'infection opportuniste la plus fréquente (79 %), suivie de la méningo-encéphalite (12 %) et de la toxoplasmose cérébrale (6 %). Seuls 2 patients recevaient un traitement antirétroviral au moment de l'admission. La ventilation non invasive a été utilisée chez 12 patients et 19 patients (61%) ont eu recours à l'intubation orotrachéale. Les complications survenues durant le séjour incluaient principalement des atteintes cardiovasculaires (33%), respiratoires (30%),

neurologiques (27%) et infectieuses (27%). Le délai médian de l'apparition des complications était de 4 ±2 jours. La mortalité était de 48 % et la durée de séjour médiane était de 64±12jours.

Les patients infectés par le VIH admis en réanimation présentent une morbidité et une mortalité élevées, principalement dues aux infections opportunistes et aux diagnostics tardifs. Une prise en charge rapide, adaptée et multidisciplinaire demeure cruciale pour améliorer leur pronostic.

P 025 IMPACT DE L'INFECTION URINAIRE NOSOCOMIALE SUR LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ EN RÉANIMATION

Auteurs :

Y.Ben Taher* (yoser.bentaher@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

S.Kharrat (sanakharrat15@hotmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

N.Kallel (nourkallel82@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

S.Bougharriou (sadokbougharriou1@gmail.com): service de Microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax ..

A.Dammak (abirdammakg@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

M.Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

C.Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

Les infections urinaires sont fréquentes en réanimation et constituent une source majeure de morbidité. Leur impact sur le pronostic, la durée de ventilation et la mortalité demeure mal précisé dans cette population à haut risque.

Décrire le pronostic des patients présentant une infection urinaire en réanimation et analyser les facteurs associés à la mortalité, à la prolongation de la durée de séjour et de ventilation mécanique.

Étude rétrospective menée au sein du service de réanimation sur une période s'étalant entre janvier 2025 et septembre 2025. Ont été inclus tous les patients hospitalisés >48h présentant une infection urinaire documentée par culture positive. Les données recueillies portaient sur les caractéristiques démographiques, les comorbidités, les scores de gravité à l'admission (SAPS II, SOFA), les paramètres de ventilation, la durée d'hospitalisation et la mortalité. Une analyse statistique a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés à une évolution défavorable.

Au total, 72 patients atteints d'infection urinaire associée aux soins ont été inclus. L'âge moyen était de $49,6 \pm 19,6$ ans avec une prédominance masculine et un sex ratio de 3. La moyenne de l'indice de comorbidité de Charlson était de $1,51 \pm 1,3$ points et la comorbidité la plus fréquente était le diabète chez 25% des patients. Soixante huit pourcent des patients provenaient du service des urgences et le motif d'hospitalisation le plus fréquent était le polytraumatisme dans 52,8% des cas. Le score SOFA moyen à l'admission était de 6 ± 2 points et la moyenne du score SAPS II était de $43,2 \pm 37,5$ points. Tous les patients étaient sondés sauf un. Soixante six patients recevaient une antibiothérapie récente. Le délai moyen de diagnostic du premier épisode d'infection urinaire était $21,3 \pm 11,3$. Vingt pourcents des patients ont présenté un état de choc septique suite à l'épisode infectieux. Sept patients présentaient une insuffisance rénale aigüe et 3 des pyélonéphrites compliquées par un abcès rénal. La durée moyenne d'hospitalisation en réanimation était de $46 \pm 21,6$ jours. La mortalité globale atteignait 25 %. Les facteurs significativement associés à la mortalité ($p<0,05$) étaient le score de gravité élevé, les antécédents cardiovasculaires et de diabète et la présence d'un germe multirésistant. Les facteurs associés à une prolongation de séjour en réanimation sont l'évolution vers une insuffisance rénale aigüe et l'infection urinaire à répétition.

Les infections urinaires en réanimation sont associées à une morbidité importante, une hospitalisation prolongée et une mortalité accrue. La résistance bactérienne, les comorbidités et la sévérité initiale apparaissent comme les principaux déterminants pronostiques.

P 026 LE DEFI DIAGNOSTIQUE DES INFECTIONS URINAIRES CHEZ LES PATIENTS INTUBES ET SEDATES EN REANIMATION

Auteurs :

Y.Ben Taher* (yoser.bentaher@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

S.Kharrat (sanakharrat15@hotmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

N.Kallel (nourkallel82@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

S.Bougharriou (sadokbougharriou1@gmail.com): service de Microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax ..

A.Dammak (abirdammakg@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

K.Chtara (kamilia.chtaraelaoud@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

C.Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax ..

Chez les patients intubés et sédatés en réanimation, les infections urinaires peuvent se manifester de façon atypique. L'absence de symptômes spécifiques rend leur diagnostic difficile et retarde souvent la mise en route d'un traitement adapté.

Décrire les présentations cliniques des infections urinaires en réanimation, de mieux comprendre les défis associés à la détection des IU chez les patients intubés et sédatés et d'identifier les critères les plus fiables pour une prise en charge optimale

Étude rétrospective descriptive menée dans le service de réanimation sur une période de 8 mois en 2025. L'IU était suspectée devant un faisceau d'arguments cliniques et biologiques. Ont été inclus les patients intubés, sédatés et présentant une infection urinaire documentée par culture positive. Les paramètres cliniques, biologiques et microbiologiques ont été collectés.

Soixante- huit malades admis en réanimation intubés et sédatés ont présenté une IU sur sonde. Le sexe ratio était de 2,8 et l'âge moyen était de $48,4 \pm 19,6$ ans. La moyenne de l'index de comorbidité de charlson était de $1,5 \pm 1,3$ point et la comorbidité la plus fréquente était le diabète (25%). Le motif d'hospitalisation le plus fréquent était un polytraumatisme (55,9%). Le score SAPSII moyen était de $34,9 \pm 10,6$ et le score APACHE II moyen était de $14,6 \pm 5,5$. Le SOFA score moyen à l'admission était de $6 \pm 2,2$ points . Le délai moyen de diagnostic du premier épisode d'infection urinaire était de $22,1 \pm 11$ jours. Les signes cliniques présentés par ces malades étaient divers et présents de façon variable entre les malades. Un sepsis inexpliqué a été noté chez 44,1% des malades et le SOFA score moyen lors l'épisode était de $7,1 \pm 3,3$ points. La fièvre était présente chez 70,6 % des patients avec une moyenne de $38,7 \pm 0,9^\circ\text{C}$, une hypothermie chez 16% des patients avec une moyenne de $35,8^\circ\text{C}$. Les signes digestifs étaient présents en 2eme position (36,8%) après la fièvre et étaient polymorphes à type d'iléus paralytiques avec distension abdominale (16,2 %), de diarrhées (28%) et de sensibilité abdominales (7,4%). Une polypnée avec désadaptation au respirateur était notée chez 9 malades et 13 malades étaient tachycardes. Vingt pourcents des patients étaient en état de choc septique. Le syndrome inflammatoire biologique était présent chez 88,2% des malades. L'aspect des urines étaient trouble chez 97% des malades et une hématurie étaient présente chez 7 % des malades. Une leucocyturie était présente chez tous les malades avec une moyenne de 199210 avec des extrêmes entre 500000 et 380000 éléments/ml.

En conclusion, le diagnostic des IU chez les patients intubés et sédatés repose sur un faisceau d'arguments cliniques et biologiques. Les signes digestifs, souvent prédominants, jouent un rôle clé dans la suspicion d'infection. Leur reconnaissance précoce doit alerter le clinicien et orienter la recherche d'une origine urinaire du sepsis.

P 027 Clairance de lactates lors des états septiques graves : Valeur pronostique

Auteurs :

Eya Dekhil (eyadekhil5@gmail.com): réa médicale CHU Rabta ..
Asma Mehdy (asmaelmahdi245@gmail.com): réa médicale CHU Rabta ..
Eya Seghir (eya.seghir.91@gmail.com): réa médicale CHU Rabta ..
Asma Ouhibi (ouhibiasma4@gmail.com): réa médicale CHU Rabta ..
Linda Messaoud (lyndamessaoud1991@gmail.com): réa médicale CHU Rabta ..
Ahlem Trifi (trifiahlem2@gmail.com): réa médicale CHU Rabta ..
Sami Abdelatif (abdellatifsamy@gmail.com): réa médicale CHU Rabta ..

Le lactate est un métabolite produit en présence d'une hypoperfusion et d'une dette tissulaire en oxygène, le cas des états septiques graves (ESG). Un taux initial ≥ 2 mmol/L fait partie de la définition d'un état de choc septique (Sepsis-3). De même, un taux initial élevé est associé à un pronostic défavorable.

Etudier la valeur pronostique de la clairance de lactate entre H0 et H4 du diagnostic positif d'un ESG. Il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans un service de réanimation tunisien sur une période de 8 mois. Le taux de lactate a été recueilli à H0 et à H4 du diagnostic positif de l'ESG. La clairance de lactate a été calculée selon la formule suivante : taux de lactate H0-Taux de lactate H4/ Taux de lactate H0. La détermination du seuil de la clairance de lactate associé à la mortalité était faite moyennant une courbe ROC.

Au cours de la période d'étude, 127 patients ont présenté un ESG dont 116 états de choc septiques. Les portes d'entrée les plus fréquentes étaient : Respiratoire (N=82), vasculaire (N=12) et urinaire (N=12) avec une bactériémie dans 13 cas. Le taux de documentation était de 77,2% et les germes les plus incriminés étaient : klebsiella pneumoniae (N=29), Acinetobacter Baumanii (N=21) et Pseudomonas aeruginosa (N=16). Le taux de lactate à H0 et H4 était respectivement de 2 [1,4-2,7] et de 2,5 [1,87-3,4]. La clairance médiane était de 81%. Le taux de mortalité à j28 était de 68,5%. Une clairance $\leq 30\%$ était associée au risque de mortalité à j28 avec une aire sous la courbe ROC à 0,62 ; 95% IC [0,5-1,2] p=0,04, une sensibilité de 92% et une spécificité modeste de 40%.

La clairance de lactate entre H0 et H4 du diagnostic positif de l'ESG pourrait être associée au risque de mortalité à j 28 en présence d'un ESG. Le suivi de la cinétique de lactate , reflet de l'état microcirculatoire à côté de sa valeur initiale permettait ainsi de prévoir une évolution défavorable et d'optimiser une reperfusion tissulaire adéquate.

P 028 BACTERIES MULTI RESISTANTES : LE NOUVEAU DEFI QUOTIDIEN EN REANIMATION

Auteurs :

M.Kharrat (kharratmalek1@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..
A.Ben Jazia (aamira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..
H.Ben Hassine* (benhassinehamza48@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..
A.Ben Messaoud (b.messaoud.amani@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..
A.Azaza (asmaazaza8@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

H.Ben Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimaton médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

N.Brahmi (nzh.brahmi@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation ..

L'émergence des bactéries multirésistantes (BMR) en réanimation constitue un défi majeur de santé publique. Leur expansion compromet l'efficacité des traitements antimicrobiens et accroît la morbi-mortalité des patients en soins intensifs en raison des résistances aux antibiotiques en augmentation constante.

Décrire le profil épidémiologique et la prévalence des BMR chez les patients admis en réanimation, en analysant les comorbidités, les agents infectieux, le traitement reçu et l'évolution clinique

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive mono centrique réalisée sur une période de un an entre Aout 2024 et Septembre 2025 incluant l'ensemble des patients admis en réanimation chez qui une bactérie multi résistante (BMR) a été identifiée. L'identification des germes a été réalisée au laboratoire de bactériologie avec les méthodes standard. L'étude des résistances aux antibiotiques a été faite pour chaque germe identifié. Les données cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été extraites des dossiers médicaux, incluant les antécédents, le site infectieux, les germes isolés, le traitement reçu et l'issue des patients.

Vingt-quatre patients ont été inclus d'âge médian de 47[20-86] et sex-ratio=1,25. Les principales comorbidités observées étaient l'hypertension artérielle(13%) et le diabète(29%). Parmi ces patients, 20 % avaient été hospitalisés dans les six derniers mois, et 9 % avaient reçu une antibiothérapie préalable à leur admission en réanimation, principalement de l'Amoxicilline-Acide Clavulanique. Quinze patient ont présenté un sepsis(63%) et 14(58%) ont développé un état choc septique au cours de l'hospitalisation. Une résistance bactérienne (BMR+) était retrouvée chez 50 % des patients à l'admission, avec une prédominance de *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase(30%) et d'*Acinetobacter baumannii* résistant à la colistine(25%). Les sites infectieux les plus fréquents étaient pulmonaires(45,8 %), périphériques(index anal et nasal: 25%), urinaires(16,7%) et sanguines(12,5%). Le taux de prélèvements positifs à une BMR était de 2% du total des prélèvements bactériologiques provenant du même service. Une antibiothérapie empirique a été initiée chez 22 malades. Il s'agissait d'Imipénème, Piperacilline-tazobactam et colistine si forte suspicion d'*Acinetobacter baumannii*. Une antibiothérapie inhalée par colistine a été associée s'il s'agissait d'un site pulmonaire avec prélèvement positif à *Acinetobacter baumannii*. Une escalade thérapeutique était nécessaire dans 58 % des cas. La procalcitonine a été dosée chez 83 % des patients, dont 10 % présentaient une conversion secondairement positive. Chez deux malades, une colonisation a été considérée devant l'absence de signes cliniques ou biologiques d'infection évolutive avec des prélèvements bactériologiques positifs. Aucune antibiothérapie n'a été prescrite chez ces malades. La mortalité était de 50 % chez les patients ayant présenté au cours de leur séjour en réanimation une BMR.

Cette étude souligne une forte prévalence du sepsis et du choc septique, avec une mortalité élevée chez les patients présentant des BMR. Ces résultats soulignent la nécessité de stratégies de prévention, de surveillance microbiologique et d'optimisation de prescription de l'antibiothérapie.

P 029 Infections à *Acinetobacter baumannii* résistants aux carbapénèmes en réanimation: place de la tigécycline

Auteurs :

Zeineb Lagrem (lagremzeineb98@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan ..

Khaoula Ben Ismail (khaoula.BenIsmail@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan ..

Nejla Ben Slimene (nejlabenslimene@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan..

Boudour Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan..

Hamdi Chaabouni (hamdichaabouni@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan ..
Fatma Essafi (essafifatma1302@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan ..
Takoua Merhabene (takouamerhabene@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan ..

La tigécycline présente une activité prometteuse contre de nombreux micro-organismes multirésistants, notamment *Acinetobacter baumannii*. Toutefois, son efficacité varie selon les souches et le type d'infection, et son rôle précis dans la prise en charge thérapeutique de ce pathogène reste débattu.

Évaluer l'impact de l'ajout de la tigécycline à l'association imipénème-colistine sur l'évolution clinique des infections à *Acinetobacter baumannii* en réanimation.

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée entre 2024 et 2025 au service de réanimation médicale de l'hôpital régional de Zaghouan. Tous les patients présentant une infection documentée à *Acinetobacter baumannii* résistants aux carbapénèmes (CABRI) et traités par imipénème - colistine seule (Groupe 1) ou en trithérapie avec tigécycline (Groupe 2) ont été comparés. Les données démographiques, comorbidités, motifs d'admission, paramètres biologiques et complications ont été recueillis. Les critères de jugements étaient la mortalité intra hospitalière, la durée de ventilation mécanique, la durée d'hospitalisation et la survenue de complications. Une analyse comparative entre les groupes a été réalisée à l'aide de tests statistiques appropriés.

Trente-quatre patients ont été inclus, majoritairement des hommes (n=30, 88 %), âge moyen 54 ± 4 ans. Les motifs d'admission principaux étaient insuffisance respiratoire aiguë (n=21, 61 %), polytraumatisme (n=6, 17 %), traumatisme crânien grave (n=4, 11 %). Les comorbidités étaient une hypertension (n=14, 41 %), obésité (n=12, 35 %), tabagisme (n=13, 38 %), comorbidités respiratoires (n=12, 35 %). Les groupes étaient comparables sur le plan clinique à l'admission: La moyenne d'âge (G1: 55 ± 12 ans vs G2: 53 ± 14 ans), genre, comorbidités, et scores de gravité (Les moyennes des scores SOFA: G1 7 ± 2 vs G2 6 ± 3 ; APACHE II: G1 15 ± 4 vs G2 14 ± 5). La distribution des sites d'infection et des profils antibiotiques était comparable entre les groupes. Les infections à *Acinetobacter baumannii* ont été documentées principalement par prélèvements respiratoires (n=20), hémocultures (n=10) et examen cytobactériologique des urines (n=4). Les antibiogrammes ont montré une résistance aux β -lactamines, carbapénème, fluoroquinolones et aminoglycosides, confirmant le caractère multirésistant des souches. Les patients ont été traités par bithérapie imipénème - colistine (Groupe 1, n=17) ou trithérapie incluant la tigécycline (Groupe 2, n=17) après test des associations *in vitro*. Les complications observées incluaient une insuffisance rénale aiguë (G1: n=5 vs G2: n=5), thrombopénie (G1: n=5 vs G2: n=4) et syndrome de défaillance multiviscérale (G1: n=4 vs G2: n=3). La mortalité intra hospitalière était similaire (G1: n=6, 35 % vs G2: n=5, 29 %), tout comme la durée moyenne de ventilation mécanique (G1: 7 ± 2 jours vs G2: 6 ± 2 jours) et la durée d'hospitalisation (G1: 12 ± 4 jours vs G2: 11 ± 3 jours).

L'ajout de la tigécycline à l'imipénème - colistine n'a pas apporté de bénéfice significatif sur la mortalité ni sur l'évolution clinique dans cette cohorte. Ces résultats suggèrent la nécessité d'études prospectives plus larges pour évaluer le rôle de la trithérapie.

P 030 LA MUCORMYCOSE EN REANIMATION : A PROPOS DE TROIS CAS

Auteurs :

S.CHARFI (dr.charfiselima@gmail.com): Réanimation médicale hopital regional ben arous ..
Y.GARBA (yesminegarbaa@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur ..
I.KLAI* (klaiimen@outlook.fr): Réanimation médicale habib thameur ..
I.SDIRI (sdiri.ynes@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur ..
A.HMAIDI (hmaidiamira.96@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur ..
H.GALAI (hounaidagalai@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur ..
K.AKKERI (khouloudjapon@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur ..
I.SEDGHIANI (sedghiani.ines@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur ..
N.BORSALI-FALFOUL (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): reanimation médicale habib thameur ..

la mucormycose est une infection fongique rare et grave décrite essentiellement chez les sujets immunodéprimés diabétiques mal équilibré et/ou atteints d'hémopathies cliniques.

Nous avons colligé trois cas de mucormycose dont deux femmes et un homme les caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau 1

La mucormycose est une infection rare de l'immunodéprimé. Une prise en charge multidisciplinaire entre clinicien, biologiste et radiologue est nécessaire.

Tableau I : caractéristiques des patients atteints de mucormycose

observation	Patient 1	Patient 2	Patient 3
genre	Femme	femme	homme
Age	48	45	40
comorbidités	diabétique	Hypertendue diabétique	Hypertendue diabétique
Motif	Cétoacidose diabétique Œdème de l'hémiface avec ptosis et chémosis	Céphalée Paralysie faciale péphérique	Cétoacidose diabétique
Imagerie cérébrale	Pan sinusite aigue avec thrombose de sinus caverneux et extension parenchymateuse temporale interne	Cellulite sinusienne	Comblement hétérogène et spumeux des sinus maxillaire, sphénoïdal et éthmoïdal
Examen mycologique	Filaments mycéliens et lésions nécrotiques du palais	négatif	négatif
Conduite	Amphotéricine B 0,7-1,5 mg/Kg/j Débridement chirurgical	Amphotéricine B 0,7-1,5 mg/Kg/j Débridement chirurgical	Amphotéricine B 0,7-1,5 mg/Kg/j
Issue	Favorable	favorable	Décès

P 031 Virus de l'immunodéficience humaine en soins intensifs: quelle issue

Auteurs :

I.KLAI* (Klaiimen@outlook.fr): Réanimation médicale habib thameur ..

I.SDIRI (sdiri.ynes@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur ..

H.GALAI (hounaidagalai@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur ..

I.SLAMA (ines.slama2@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur ..

A.HMAIDI (hmaidamira.96@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur ..

L.BORSALI (borsali.leila@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur ..

A.SDIRI (arige.sdiri.pro@gmail.com): urgences habib thameur ..

I.SEDGHIANI (sedghiani.ines@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur ..

N.BORSALI-FALFOUL (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): r2animation médicale habib thameur ..

Les urgences médicales liées au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont souvent caractérisées par des infections opportunistes graves, telles que la pneumocystose et la toxoplasmose, qui nécessitent une prise en charge immédiate pour éviter des complications sévères.

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques microbiologiques et évolutifs des patients séropositifs au VIH admis en réanimation médicale

Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique et descriptive menée dans un service de réanimation médicale s'étalant sur cinq ans et deux mois entre Janvier 2019 et Février 2025. Nous

avons inclus les patients séropositifs au VIH, diagnostiqués par tests rapides, PCR et sérologies, sans critères d'exclusion.

Nous avons colligé 16 patients. L'âge moyen était de 42 ± 16 ans. Un genre ratio était à trois avec prédominance masculine. Trois patients présentaient des antécédents de toxoplasmose cérébrale. Parmi les facteurs de risque, nous avons identifié la consommation des drogues chez 18,8% et les rapports sexuels non protégées chez 12,5%. Le motif principal d'admission était l'encéphalopathie métabolique (25 %, n=4). Les infections documentées incluaient pneumopathie (6 patients), une infection urinaire, une bactériémie, méningoencéphalites (deux patients) et une endocardite infectieuse. Les principaux germes isolés étaient Enterococcus faecium, Candida albicans et Escherichia coli. Le recours à une ventilation mécanique invasive était de 31,2% avec une durée médiane de trois jours. La mortalité était de 25% avec une durée d'hospitalisation moyenne de $9 \pm 5,7$ jours. 10 transferts vers un service de maladie infectieuse (62,5 %) et 2 sorties directes (12,5 %).

Ces résultats soulignent la complexité des comorbidités infectieuses et la gravité des tableaux cliniques chez les patients seropositifs au VIH dans un contexte d'urgence. L'intégration d'un dépistage systématique du VIH dans les services d'urgence pourrait contribuer à réduire la prévalence de l'infection en identifiant les patients séropositifs

P 032 HEMOCULTURES POSITIVES EN REANIMATION : INCIDENCE ET IMPACT THERAPEUTIQUE

Auteurs :

G.Rannen (ghada.rannen@gmail.com) : Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..
N.Hajer (nouirahajer@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..
R.Kandil (rania.kandil89@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..
R.Karoui (rahmakaroui97@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..
M.Jrad (maissa.jrad@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..
H.Ben Sik Ali (habiba.sikali@hotmail.fr): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..
M.Fekih Hassen (mohamed.fekihhassen1@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..
O.Jaoued (Oussamajaoued@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..
S.Elatrous (souheilatrous@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia ..

Malgré un taux de positivité faible (5 à 20 % en réanimation), la spécificité des hémocultures reste un atout majeur en réanimation. Pourtant, l'impact thérapeutique des hémocultures demeure un sujet à débat (adaptation de l'antibiothérapie / antibiothérapie empirique prolongée malgré les résultats).

L'objectif de cette étude est de déterminer l'incidence des hémocultures positives en réanimation ainsi que leurs impacts thérapeutiques.

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de réanimation médicale du CHU Taher Sfar de Mahdia. Etaient inclus les patients ayant au moins une paire d'hémocultures pendant le séjour, selon les pratiques cliniques habituelles. Les hémocultures étaient réalisées selon les recommandations cliniques standards devant une suspicion d'infection systémique, signes de sepsis ou choc septique, échec de l'antibiothérapie initiale après 72 heures (absence d'amélioration clinique), suspicion d'infection associée à un dispositif invasif (cathéter central, sonde urinaire, ventilation mécanique). Deux groupes étaient individualisés : groupe changement thérapeutique (escalade ou désescalade thérapeutique ou initiation d'une antibiothérapie) et groupe absence de changement thérapeutique.

Durant la période de l'étude, 37 patients avaient une hémoculture positive avec une incidence de positivité de 25 %. L'âge moyen des patients ayant une HC positive était de 63 ± 14 ans. La comorbidité la plus fréquente était la BPCO (32% des cas). Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient l'IRA de novo dans 43% des cas et l'exacerbation sévère de BPCO dans 32% des cas. Le score SAPS moyen était de 30 ± 8 et le score SOFA le jour de l'infection était de 8 ± 3 . Le recours à la noradrénaline était observé dans 68% des cas et à la VMI dans 78% des cas. La mortalité en réanimation était de 60% des cas. La moyenne des HC réalisée chez les patients ayant déjà une HC positive était de 8 ± 3 . Le quart des patients avait reçu une ATB avant la réalisation des hémocultures. Le taux de positivité chez ces patients était de 26%. Les germes les plus fréquents étaient le Klebsiella pneumoniae (30%),

l'Acinetobacter baumannii (15%) et le E.coli (11%). En cas de positivité, une HC avait un impact thérapeutique dans 35% des cas. Cet impact consistait en une escalade thérapeutique dans 18 % des cas, une désescalade thérapeutique dans 10 % des cas et l'initiation d'une antibiothérapie dans 7 % des cas.

L'incidence des hémocultures positives était de 26%. En cas de positivité, les HC avaient un impact thérapeutique dans seulement 35% des cas.

P 033 Pneumopathies à germes atypiques en réanimation : caractéristiques épidémiologiques cliniques, paracliniques et évolutives des patients

Auteurs :

S.Sellaouti (sellaaoutiselim@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie ..
Y.Kharrat* (yosrakharrat@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie ..
N.Ben Mrad (nacefbenmrad@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie ..
F.Jarraya (fatma.jarraya8@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie ..
M.Bhiri (mohsnabhir@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie ..
E.Rachdi (emna.rachdi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie ..
A.Jamoussi (amira.jamoussi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie ..
S.Ayed (samia.ayed@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie ..
J. Ben Khelil (jalila.benkhelil@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie ..

Les pneumopathies à germes atypiques se distinguent par une présentation clinique souvent trompeuse, d'une évolution insidieuse et de potentielles formes graves. Les données de la littérature nationale sont pauvres quant à la prévalence, aux tableaux cliniques et l'issues des patients.

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutives des patients atteints par les pneumonies à germes atypiques.

Il s'agissait d'une étude rétrospective observationnelle et monocentrique réalisée au service de Réanimation médicale de l'hôpital Abderrahmane Mami sur une période de 9 ans (de Janvier 2016 à Décembre 2024). Ont été inclus les patients adultes admis en réanimation pour une pneumopathie à germes atypiques. Ont été exclus les patients dont les dossiers étaient manquants. Les données socio-démographiques, la symptomatologie fonctionnelle, les données cliniques paracliniques et évolutives des patients ont été recueillies.

Trente-quatre patients ont été inclus, parmi lesquels 25 patients ont été retenus dans l'étude. L'âge médian était de 49[41-61] ans avec un sex-ratio à 11,5. Les antécédents les plus fréquents étaient les maladies respiratoires chroniques (32%), l'hypertension artérielle (24%) et le diabète (16%). Les principaux symptômes présentés par les patients sont résumés dans la figure 1. Les données de l'examen clinique à l'admission sont présentées dans les tableaux I. A l'admission, 5 (20%) patients ont présenté une cytolysé hépatique, 5 (20%) ont présenté une rhabdomyolyse et 10 (40%) patients ont présenté une hyponatrémie. Le recours à la ventilation mécanique invasive a été réalisé chez 13 (52%) patients. Legionella pneumophila a été incriminé chez 23 (92%) patients et Mycoplasme pneumonie a été incriminé chez 2 (8%) patients. Le diagnostic positif a été fait par la recherche d'antigénurie du sérotype 1 de Legionella pneumophila chez 22 (88%) patients et par la sérologie des germes atypiques chez 3 (12%) patients. Les principales complications infectieuses étaient la pneumopathie acquise sous ventilation mécanique présentée par 9 (36%) patients, l'infection urinaire associée aux soins par 6 (24%)

patients et la bactériémie par 6 (24%) patients. Six (24%) patients ont présenté une embolie pulmonaire et cinq (20%) patients ont présenté une insuffisance rénale aigue au cours de leurs séjours. La durée d'hospitalisation médiane était de 10 [3-33] jours. Treize (52%) patients sont décédés et 12 (48%) ont été mis sortant à domicile ou transférés. La principale cause de décès était le choc réfractaire (70% des décès).

Les pneumonies à germes atypiques ont majoritairement touché des hommes avec comorbidités, ont souvent évolué vers des formes sévères avec des complications fréquentes et une mortalité élevée.

P 034 Patients septiques avec versus sans hyperlactatémie : différences cliniques, thérapeutiques et pronostiques

Auteurs :

Abdelkader Ibn Hadj Hmida* (abdelkader.belhadj900@gmail.com): urgences médicales Hopital Taher Maamouri Nabeul ..

wifek Ben Hmida (wifeksbh@gmail.com): urgences médicales Hopital Taher Maamouri Nabeul ..

farouk labiedh (faroukfarouk808@gmail.com): urgences médicales Taher Maamouri Nabeul ..

feriel Trabelsi (feriel.lhs@gmail.com): urgences Hopital TAher Maamouri Nabeul ..

Siwar Jerbi (siwarjerbi28@gmail.com): urgences médicales Taher Maamouri Nabeul ..

Le sepsis demeure une cause majeure de mortalité hospitalière. L'hyperlactatémie constitue un marqueur pronostique essentiel, reflet d'hypoperfusion tissulaire. Son dosage précoce permet d'identifier les patients à risque et de guider la réanimation initiale.

Comparer les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et pronostiques des patients septiques selon la présence ou non d'une hyperlactatémie à l'admission, afin d'évaluer sa valeur pronostique.

Étude prospective descriptive et comparative menée aux urgences depuis janvier 2024 à août 2025. Quatre-vingt-six patients hospitalisés pour sepsis ont été inclus. Ils ont été répartis selon le taux de lactate à l'admission : groupe hyperlactatémie ($> 2 \text{ mmol/L}$, $n = 46$) et groupe lactates normales ($\leq 2 \text{ mmol/L}$, $n = 40$). Les données recueillies portaient sur les caractéristiques démographiques, cliniques, hémodynamiques, la sévérité du sepsis, les traitements instaurés et l'évolution. L'analyse statistique a été réalisée avec SPSS, utilisant les tests de Chi-deux, Fisher et Student, avec un seuil de significativité fixé à $p \leq 0,05$.

Parmi les 86 patients inclus, 53 % présentaient une hyperlactatémie. Les deux groupes étaient similaires en âge moyen et en sexe. à l'admission, une pression artérielle moyenne $< 65 \text{ mmHg}$ était observée plus souvent chez ces patients (46,9 % contre 10 %, $p = 0,038$), traduisant une instabilité hémodynamique plus marquée. Le nombre de défaillances d'organes ≥ 2 était également plus fréquent (69,6 % contre 53,8 %, $p = 0,049$). Le recours au remplissage vasculaire initial était plus fréquent dans le groupe hyperlactatémie (56,5 % contre 32,4 %, $p = 0,049$). Les autres paramètres cliniques (température, fréquence respiratoire, fonction rénale, ventilation invasive ou non invasive) ne différaient pas significativement entre les groupes. L'évolution hospitalière était moins favorable chez les patients hyperlactatémiques, avec une mortalité significativement plus élevée (45,1 % contre 12,8 %, $p = 0,02$). Ces résultats confirment la valeur pronostique du lactate comme indicateur de sévérité et de dysfonction circulatoire dans le sepsis.

L'hyperlactatémie à l'admission constitue un marqueur de gravité du sepsis, associée à une instabilité hémodynamique et une mortalité accrue. Le dosage précoce et le suivi de la clairance des lactates sont essentiels pour optimiser la réanimation et le pronostic.

P 035 Infections urinaires associées aux soins en réanimation : germes incriminés et profil évolutif des patients

Auteurs :

S.Sellaouti (sellaoutiselim@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie ..
K.Ben Ahmed* (khaoulabenahmed2018@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie ..
N.Ben Mrad (nacefbenmrad@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie ..
F.Jarraya (fatma.jarraya8@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie ..
M.Bhiri (mohsna.bhiri@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie ..
E.Rachdi (emna.rachdi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie ..
A.Jamoussi (amira.jamoussi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie ..
S.Ayed (samia.ayed@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie ..
J.Ben Khelil (jalila.benkhelil@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami ..

L'infection urinaire associée aux soins (IUAS) en réanimation peut compliquer l'évolution de patients déjà fragilisés par des pathologies graves, augmentant la durée de séjour et la mortalité. L'émergence croissante de bactéries multirésistantes aggrave le pronostic et limite les options thérapeutiques disponibles.

-Identifier les germes incriminés dans les IUAS en réanimation ainsi que leur profil de résistance. - Décrire le profil évolutif des patients ayant présenté une IUAS en milieu de réanimation.

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique menée au service de réanimation médicale de l'hôpital Abderrahmane Mami sur une période de deux ans (de janvier 2023 à décembre 2024). Ont été inclus les patients adultes chez qui le diagnostic d'IUAS a été retenu. Ont été exclus les patients ayant présenté une IUAS diagnostiquée avant ou moins de 48 heures après l'admission. Les données socio-démographiques, les données cliniques, paracliniques et évolutives des patients ayant présenté une IUAS ont été recueillies. Les germes en causes, leurs profils de résistance et les molécules d'antibiotiques utilisées ont été recueillies.

Le nombre de patients hospitalisés au service de réanimation était de 865, dont 65 (7,5 %) ont présenté au moins une IUAS. L'âge médian était de 65[52-73] ans avec un sex-ratio de 1,8. Les principaux antécédents étaient les maladies respiratoires chroniques (n = 37), le diabète (n=19) et l'hypertension artérielle (n=15). Les paramètres cliniques et biologiques à l'admission sont résumés dans le tableau I. Au total, 73 épisodes d'IUAS ont été diagnostiqués. Le délai de survenue du premier épisode d'IUAS était de 13 [8-19] jours, celui du deuxième épisode de 25[22-47] jours. Cinquante-huit patients (89 %) étaient sondés lors du diagnostic, avec une durée médiane de sondage vésical de 13[7-18] jours. Lors du diagnostic, 48 (65 %) épisodes d'infections associées aux soins étaient survenus en concomitance à un état de choc. Au total, 91 bactéries ont été identifiées. Les germes les plus fréquemment identifiés étaient *Enterococcus* (n=31), *K.pneumoniae* (n=19) et *E.coli* (n=17). Soixante-huit germes (75%) identifiés étaient des germes multirésistants. Les antibiotiques les plus utilisés pour traiter les IUAS étaient la colimycine (n=21), l'imipénème (n=20) et la vancomycine (n=16). Les autres complications infectieuses étaient la pneumopathie associée aux soins (n=41), la bactériémie (n=32) et l'infection liée au cathéter (n=18). Le recours à la ventilation mécanique invasive a concerné 52 (80 %) patients. Dix-sept (26 %) patients ont été extubés avec succès. La durée médiane du séjour était de 27[14-44] jours. La mortalité était de 61%.

Les IUAS sont fréquentes et graves, favorisées par le sondage urinaire prolongé et marquées par une forte prévalence de bactéries multirésistantes. Elles sont associées à une morbi-mortalité élevée, soulignant la nécessité d'une prévention rigoureuse et d'une antibiothérapie ciblée.

P 036 Endocardites infectieuses en réanimation : Données épidémio cliniques et pronostic

Auteurs :

Yosr Mezrani (Mezrani.yosr1998@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur ..

ines sdiri (sdiri.ynes@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur

Amira Hmaidi (hmaidiamira.96@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Ines Belgacem (dr.belgacem.ines@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Imen Zaghdoudi (i.zaghdoudi@yahoo.fr): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur ..

ines Sedghiani (sedghiani.ines@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Nebiha Borsali Falfoul (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur ..

L'endocardite infectieuse (EI) demeure une pathologie grave. En réanimation, l'EI se caractérise par une présentation souvent sévère nécessitant une prise en charge multidisciplinaire complexe

Analyser les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives des patients pris en charge pour endocardite infectieuse et d'identifier les facteurs associés à un pronostic défavorable.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée au service de réanimation médicale étalée sur quatre ans entre 2022 et 2025 incluant les patients hospitalisés pour EI confirmée échographiquement et microbiologiquement.

Nous avons colligé 22 patients d'un âge médian de 47 ans avec une prédominance masculine (gendre ratio= 3). Les principales comorbidités étaient les hépatites virales (54%), le diabète (41%) et les valvulopathies (20%). Les habitudes retrouvées étaient la toxicomanie (55%), le tabagisme (60%) et l'alcoolisme (41%). Les scores IGS II, Apache II et Apache III étaient respectivement de 25 ± 13 ; 19 ± 9 et 55 ± 22 . Les signes cliniques étaient dominés par la fièvre (68%) et la splénomégalie (36%). L'EI était du cœur droit dans 62% des cas dont 9% sur prothèse valvulaire. Les patients ont été hospitalisés pour un sepsis dans 68%, un état de choc septique dans 63% et une insuffisance respiratoire aigüe dans 50%. Les principaux germes identifiés étaient un staphylococcus aureus (11 cas), un entérocoque faecalis (4 cas) et une brucella (2 cas). Les données échographiques retrouvés étaient : une végétation unique dans 72%, multiples dans 27%, un abcès chez un patient, une insuffisance valvulaire (73%) et une fuite valvulaire (36%). Les complications emboliques, retrouvées dans 68% des cas, étaient dominées par un infarcissement splénique (22%), pulmonaire (22%) et rénal (18%). La chirurgie était indiquée chez deux patients. Le taux de mortalité était de 45%. Le contrôle échographique à deux semaines d'antibiothérapie montrait une amélioration chez 10 patients (45%) et vers l'aggravation chez sept patients (32%). Les facteurs de surmortalité en analyse univariée étaient le diabète ($p=0,001$), l'insuffisance respiratoire aigüe ($p=0,009$), le recours à la ventilation invasive ($p=0,009$), un APACHE II > 32 points ($p=0,01$), une procalcitonine > 18 ng/mL ($p=0,002$) et l'aggravation échographique ($p=0,002$). Les facteurs indépendants de surmortalité étaient le diabète et un score APACHE II supérieur à 32 points.

Les EI touchent le sujet jeune notamment de sexe masculin et les toxicomanes. Le staphylocoque est le germe le plus fréquent. Le tableau clinique reste dominé par les complications emboliques graves avec une lourde mortalité.

P 037 Audit sur la prévention des infections associées aux soins auprès du personnel soignant au service de réanimation des brûlés

Auteurs :

Amal Aloui (alouiamal.hk@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

fredj hana (fredjhanask@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

Abdelghani Rania (benabdelghanirania93@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

Akkari Ayoub (ayoubakkarimd@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

Alouini amen (amennealouini@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

ben massoud souheila (sou.benmassoud@gmail.com): Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

cheikhrouhou mariem (cheikhrouhou.mariem@yahoo.com): Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

Sarra zarrouk (sarra.zarrouk@fmt.utm.tn): Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

jami imen (imenjami@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

Gasri Bahija (gasribahija2002@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

Messaadi Amen Allah (amen933@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

Mokline Amel (amel.mokline@fmt.utm.tn): service de réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous ..

Les infections associées aux soins (IAS) représentent un enjeu majeur pour le clinicien car elles sont associées à un accroissement de la morbidité et la mortalité chez les patients en réanimation notamment les brûlés

Évaluer les connaissances théoriques et les pratiques du personnel soignant dans la prévention des IAS et les perspectives d'amélioration .

Étude transversale et descriptive, menée au service de réanimation des brûlés auprès du personnel soignant via un questionnaire anonyme, structuré en 3 parties : données épidémiologiques, connaissances générales sur la prévention des IAS et les pratiques des personnels soignants en termes d'hygiène.

Trente- six participants ont répondu. L'âge moyen était de $31,2 \pm 3$ ans. Le sexe ratio était de 0,73. La majorité des participants était des infirmiers (61%) avec une ancienneté moyenne dans la profession de $6,5 \pm 2,1$ ans. Parmi eux 67% ont eu une formation sur la prévention des IAS. Trente pourcents ont défini correctement l'IAS. Audités sur les modes de transmission, 80% ont déclaré que le contact direct était le mode le plus fréquent. Pour les facteurs de risque des IAS, il s'agissait de non-respect des règles d'hygiène (42%) ,la présence d'un dispositif invasive (33%) . Concernant l'hygiène des mains, 91% ont mentionné qu'elle doit être effectuée avant et après les soins. Uniquement 34% ont déclaré que la friction hydro-alcoolique est le meilleur moyen de désinfection des mains et 55% ont affirmé que la désinfection des mains devient inefficace en présence de vernis à ongles ou de bijoux. Soixante-cinq pourcents ont déclaré que le port d'une tenue propre au service est obligatoire. La majorité (86%) ont indiqué que le port de gants est systématique lors de la réalisation des soins, 25,3% gardaient les mêmes gants tout au long des soins. Quatre vingt- douze pourcent ont déclaré que les solutions hydroalcooliques sont toujours disponibles, 82% ont affirmé que l'équipe d'hygiène est suffisamment impliquée, tandis que 32% ont déclaré que les équipements de prévention des IAS ne sont pas toujours disponibles. Quand aux difficultés rencontrées dans l'application des règles d'hygiène, 87% ont déclaré qu'elles sont secondaires au manque d'effectif et du matériel.

La prévention des IAS est primordiale et reflète la qualité des soins. La formation de personnel soignant aux risques et leur sensibilisation à la pratique des règles d'hygiène selon les normes sont les paliers de sa prévention.

P 038 Candidurie sur sonde chez les patients en réanimation : facteurs de risque et analyse ciblée d'une cohorte rétrospective

Auteurs :

A. Bedhiafi (bedhiafi.emir@mail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
H. Bouchallouf (hiba.bouchallouf@etudiant-fmt.utm.tn): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
A. Ben Mhammed (Asma.benhammed@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
R. Sassi (ran.sassi@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
O. Dhahbi (Onsdhahbi6@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
L. Manel (firassmal4@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
W. Nouira (wiemnouira1@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
I. Maatouk (maatouk.yed@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
Z. Hammouda (zanoubia83@hotmail.com): Service de Réanimation Médical Hopital Régional de Kasserine ..
F. Dachraoui (dachraoui.fahmi@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
L. Ouanes-Besbes (lamiaouanes107@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..

Les candidoses urinaires sur sonde constituent une complication fréquente en réanimation et représentent un défi diagnostique et thérapeutique. La distinction entre colonisation simple et infection véritable est souvent difficile, ce qui peut conduire à des traitements antifongiques inappropriés, voire retardés.

Identifier les principaux facteurs de risque associés à la survenue d'une candidurie chez les patients sondés hospitalisés en réanimation.

Cette analyse ciblée, issue d'une étude rétrospective monocentrique, a été menée sur une période de quatre mois dans un service de réanimation médicale. Ont été inclus tous les prélèvements urinaires réalisés sur sonde chez des patients adultes, disposant d'un examen direct et d'une culture interprétable. Les prélèvements sans sondage ou réalisés sur sondes à demeure ont été exclus. Les patients avec candidurie ont été comparés à ceux sans candidurie. Les données démographiques, cliniques et microbiologiques ont été recueillies. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS. Une analyse univariée a été effectuée en utilisant le test de Mann-Whitney pour les variables quantitatives, avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Sur les 100 prélèvements urinaires analysés, une candidurie a été identifiée dans 5 % des cas. Trois espèces de *Candida* ont été isolées : -*Candida albicans* (71 %), -*Candida tropicalis* (20 %), -*Candida glabrata* (9 %). -Un cas de co-infection à deux espèces a été observé. Le délai médian d'apparition de la candidurie était de 19,5 [12–45] jours après l'admission, suggérant un lien avec la durée de séjour. La leucocyturie médiane des prélèvements positifs à *Candida* était de 35 [0–275] leucocytes/mm³. L'analyse univariée a mis en évidence une association significative entre candidurie et antibiothérapie préalable à large spectre ($p = 0,037$). La durée de séjour tendait à être plus longue chez les patients

avec candidurie, sans atteindre la significativité ($p = 0,557$). Aucune association significative n'a été retrouvée avec l'âge ($p = 0,766$) ni le sexe (p non significatif).

Dans cette série, la candidurie sur sonde concernait 5 % des patients en réanimation, et était significativement associée à l'exposition préalable aux antibiotiques à large spectre. L'échantillon limité constitue une des principales limites de l'étude, soulignant la nécessité de recherches à plus grande échelle pour mieux identifier les facteurs de risque indépendants.

P 039 Profil microbiologique des prélèvements urinaires sur sonde chez des patients hospitalisés en réanimation médicale

Auteurs :

A. Bedhiafi (bedhiafi.emir@mail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
H. Bouchallouf (hiba.bouchallouf@etudiant-fmt.utm.tn): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
R. Sassi (ran.sassi@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
A. Ben Mhammed (Asma.benhammed@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
O. Dhahbi (Onsdhahbi6@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
L. Manel (firassmal4@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
W. Nouira (wiemnouira1@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
I. Maatouk (maatouk.yed@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
Z. Hammouda (zanoubia83@hotmail.com): Service de Réanimation Médical Hopital Régional de Kasserine ..
F. Dachraoui (dachraoui.fahmi@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..
L. Ouanes-Besbes (lamiaouanes107@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir ..

Les infections urinaires associées à une sonde urinaire sont fréquentes en réanimation, mais restent mal définies et peu caractérisées dans ce contexte particulier. Les critères diagnostiques varient selon les études et leur impact pronostique demeure incertain, justifiant une meilleure connaissance de leur profil microbiologique.

Décrire le profil microbiologique des prélèvements urinaires sur sonde chez les patients hospitalisés en réanimation médicale, et évaluer la fréquence des infections bactériennes et fongiques.

Étude rétrospective, monocentrique, menée sur une période de quatre mois dans un service de réanimation médicale. Ont été inclus tous les prélèvements urinaires réalisés sur sonde chez des patients adultes, quel que soit le motif d'admission, à condition de disposer d'un examen direct et d'une culture interprétable. Les prélèvements sans sondage urinaire ou provenant de patients porteurs de sondes à demeure ont été exclus. Les données cliniques et microbiologiques ont été analysées via le logiciel SPSS. Une analyse univariée a été réalisée selon la positivité des cultures (test de Mann-Whitney).

Cent prélèvements urinaires sur sonde ont été analysés. L'ECBU a été réalisé à l'admission dans 13 % des cas, et au cours du séjour (notamment en contexte fébrile ou d'instabilité hémodynamique) dans 87 %. La culture était positive dans 20 % des cas : -60 % d'origine bactérienne -40 % d'origine fongique Parmi les cultures bactériennes, les bacilles à Gram négatif (BGN) prédominaient (90 %), avec en tête : -Acinetobacter baumannii (33 %) -Pseudomonas aeruginosa (22 %) -Klebsiella pneumoniae (11 %) Une

résistance à l'imipénème était notée dans 60 % des BGN isolés, suggérant une forte prévalence de souches multirésistantes. Parmi les cultures fongiques, *Candida albicans* était majoritaire (71 %), suivi de *C. tropicalis* (20 %) et *C. glabrata* (9 %). L'antifongigramme, lorsqu'il était disponible, montrait une sensibilité au fluconazole dans 80 % des cas, et une sensibilité intermédiaire dans 20 %, sans résistance formelle. Une leucocyturie sans bactériurie était présente dans 73 % des échantillons, avec une médiane de 20 [0–95] leucocytes/mm³. Aucune différence significative du taux de leucocytes n'a été observée selon : - Le moment du prélèvement (admission vs hospitalisation : 20 [0–60] vs 20 [0–100], p = 0,557) - La positivité des cultures (30 [10–100] vs 20 [4–75], p = 0,701)

Les infections urinaires sur sonde en réanimation sont dominées par les bacilles à Gram négatif multirésistants et *Candida albicans*. La fréquence élevée des leucocyturies stériles met en évidence la nécessité d'une interprétation clinique prudente des prélèvements urinaires dans ce contexte.

P 040 Endocardite infectieuse avec complications neurologiques multiples : méningite purulente et AVC ischémique, une association rare

Auteurs :

N. Ezzine* (ezzinenouha17r25@gmail.com): service de réanimation médicale Hôpital Bougatfa Bizerte ..
H. Allouche (hendallouche@gmail.com): service de réanimation médicale Hôpital Bougatfa Bizerte ..
J. Guissouma (bahri.jihene@yahoo.fr): service de réanimation médicale Hôpital Bougatfa Bizerte ..
H. Ben Ali (dr.hanabbenali@gmail.com): service de réanimation médicale Hôpital Bougatfa Bizerte ..
I. Trabelsi (insaftrabelsi88@gmail.com): service de réanimation médicale Hôpital Bougatfa Bizerte ..
H. Brahmi (wtbrahmi@gmail.com): service de réanimation médicale Hôpital Bougatfa Bizerte ..
M. Samet (mohamedsamet@gmail.com): service de réanimation médicale Hôpital Bougatfa Bizerte ..
N. Khelil (neila.khelil1@yahoo.fr): service de réanimation médicale Hôpital Bougatfa Bizerte ..
H. Ghadhoun (ghadhoune@yahoo.fr): service de réanimation médicale Hôpital Bougatfa Bizerte ..

L'endocardite infectieuse (EI) peut entraîner des complications neurologiques graves, qui sont souvent inaugurales et impactent directement le pronostic et la prise en charge du patient. Les AVC ischémiques par embolie, surtout en cas d'infection à *Staphylococcus aureus* et de grosses végétations, constituent la complication neurologique la plus fréquente. Cependant, l'association d'AVC ischémique et de méningite purulente reste rare et soulève des défis diagnostiques et thérapeutiques majeurs. Nous rapportons un cas rare d'EI associant méningite purulente et AVC ischémique, révélée par un tableau neurologique initial illustrant l'originalité et la complexité de cette présentation.

Patient de 30 ans, toxicomane, aux antécédents d'EI sur la valve tricuspidale en 2022 à *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline, ayant consulté les urgences pour une dyspnée dans un contexte fébrile, admis au service de médecine générale pour prise en charge d'une pneumopathie hypoxémiant bilatérale. Une symptomatologie neurologique s'est installée 19 jours après la symptomatologie respiratoire, faites de céphalées et dysarthrie associées à une hémiplégie gauche. A l'examen : fébrile à 38.7, dysarthrique, conscient bien orienté, hémiplégie gauche, NIHSS = 10, FR = 25 cpm, sous masque facial simple 4LO2 par minute, TA = 120/50 sous noradrénaline 0.5 mg/h, FC = 85 bpm. A la biologie : syndrome inflammatoire biologique (SIB) (GB 11000/mm³ CRP 188 mg/L). Sérologie hépatite C était positive. Images alvéolo-interstitielles bilatérales bi-basales à la radio thorax. A la TDM cérébrale et cervico-thoraco-abdomino-pelvienne : AVC ischémique aigu sylvien total droit et foyers d'infarcissement spléniques et rénaux. Echographie transthoracique montrant une EI sur la valve aortique avec une insuffisance aortique sévère. Les hémocultures étaient positives à *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline. Une ponction lombaire faite devant les céphalées dans un contexte fébrile était positive à *Staphylococcus aureus* (pléiocytose à 3600EB/mm³ à prédominance PNN à 95%, hyperprotéinorachie à 1.18g/L et normo-glycorachie). Le patient a été traité par céfotaxime et vancomycine puis adaptation de l'antibiothérapie aux résultats microbiologiques à céfazoline en association avec la rifampicine. Séjour en réanimation compliqué d'une insuffisance cardiaque congestive par lésions valvulaires nécessitant le recours à la ventilation mécanique invasive ; d'une fongémie à *Candida glabrata* ; d'une

pneumopathie acquise sous ventilation mécanique à pseudomonas aeruginosa et à une bactériémie à acinetobacter baumannii résistant à l'imipénème. Une indication opératoire par remplacement valvulaire était indiquée mais différée à 3 semaines après l'AVC ischémique.

Ce cas souligne l'importance de diagnostiquer l'endocardite infectieuse avant l'apparition de complications neurologiques graves. Un diagnostic précoce permettrait d'éviter des conséquences telles que la méningite purulente et l'AVC ischémique. Une vigilance clinique accrue est donc essentielle pour initier un traitement précoce et prévenir de telles complications.

P 041 PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET MICROBIOLOGIQUE DES INFECTIONS TRAITEES EN REANIMATION PEDIATRIQUE.

Auteurs :

W.Ben Hadj Ali (wiem2014@gmail.com): Service de réanimation pédiatrique Farhat Hached Sousse ..
S.Mdimegh* (dr.safamdimagh@gmail.com): Service de réanimation pédiatrique Farhat Hached Sousse ..

M.Ben Guedria (Mouna.ben.guedria@gmail.com): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..

N.Jaballah (Jaballah.nesrine1@gmail.com): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..

R.Kebaili (raoudha_kebaili@yahoo.fr): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..

M.Abdelbari (marwa.abdelbari1@gmail.com): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..

H.Ben Belgacem (hajerbenbelgacem88@yahoo.com): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..

N.Soyah (najla.soyah@gmail.com): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..

J.Bouguila (jbouguila@yahoo.fr): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..

A.Tej (ameltej@yahoo.fr): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..

S.Tilouche (samiatiilouche@yahoo.fr): Service de réanimation pédiatrique Farhat Hached Sousse ..

L.Boughamoura (lamia_boughamoura@yahoo.fr): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..

Les infections constituent une cause majeure de morbidité et de mortalité en réanimation pédiatrique. La sévérité des pathologies prises en charge, la fréquence des gestes invasifs et l'exposition prolongée aux antibiotiques favorisent la survenue d'infections nosocomiales et l'émergence de bactéries multirésistantes. L'analyse du profil épidémiologique et microbiologique des infections permet d'optimiser les stratégies thérapeutiques et de renforcer la politique de bon usage des antibiotiques.

Décrire le profil épidémiologique et microbiologique des infections prises en charge en réanimation pédiatrique.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de réanimation pédiatrique de l'hôpital Farhat Hached de Sousse sur une période de six mois (janvier à juin 2025). Ont été inclus tous les enfants ayant reçu une antibiothérapie durant le séjour en réanimation. Les données démographiques, cliniques et microbiologiques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et des résultats de laboratoire.

Cinquante-six enfants ont été inclus, d'un âge moyen de 8 mois, avec un sex-ratio de 2,2. Les principales infections observées étaient les bactériémies (62,5 %), les bronchiolites aiguës avec surinfection bactérienne (23,2 %), les infections urinaires (21,4 %), les pneumopathies (21,4 %) et les infections sur cathéter ou drain (8 %). La majorité des infections étaient nosocomiales (51,7 %). Les antibiotiques les plus fréquemment prescrits étaient la céfotaxime en monothérapie (23,2 %), l'association céfotaxime-aminoside (26,7 %), l'association imipénème-aminoside (14,2 %), et une combinaison de plus de trois antibiotiques dans 14,2 % des cas. Les germes les plus fréquemment isolés étaient Klebsiella pneumoniae (16,9 %), Serratia marcescens (15,4 %), Pseudomonas aeruginosa (11,2 %) et Escherichia coli (5,6 %). Une proportion importante de souches multirésistantes a été identifiée, notamment des entérobactéries productrices de β -lactamases à spectre étendu (BLSE).

La forte utilisation d'antibiotiques à large spectre et la fréquence élevée de germes multirésistants soulignent l'importance d'une surveillance microbiologique continue et d'une rationalisation de la prescription antibiotique pour limiter l'émergence de l'antibiorésistance.

P 042 EVALUATION DE LA PRESCRIPTION DES ANTIBIOTIQUES DANS UN SERVICE DE REANIMATION PEDIATRIQUE

Auteurs :

W.Ben Hadj Ali (wiem2014@gmail.com): Service de réanimation pédiatrique Farhat Hached Sousse ..
S.Mdimegh* (dr.safamdimagh@gmail.com): Service de réanimation pédiatrique Farhat Hached Sousse ..
J.Nesrine (Jaballah.nesrine1@gmail.com): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..
R.Kebaili (raoudha_kebaili@yahoo.fr): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..
M.Abdelbari (marwa.abdelbari1@gmail.com): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..
H.Ben Belgacem (hajerbenbelgacem88@yahoo.com): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..
N.Soyah (najla.soyah@gmail.com): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..
J.Bouguila (jbouguila@yahoo.fr): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..
A.Tej (ameltej@yahoo.fr): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..
S.Tilouche (samiatilouche@yahoo.fr): Service de réanimation pédiatrique Farhat Hached Sousse ..
L.Boughamoura (lamia_boughamoura@yahoo.fr): Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse ..

L'usage rationnel des antibiotiques constitue un enjeu majeur en réanimation pédiatrique, où la prescription empirique est fréquente et le risque de résistance bactérienne élevé. L'évaluation des pratiques permet d'identifier les écarts par rapport aux recommandations et d'optimiser la prise en charge des infections sévères.

Évaluer la pertinence des prescriptions antibiotiques dans un service de réanimation pédiatrique selon la méthode de Gyssens.

Une étude rétrospective a été menée sur 56 enfants hospitalisés au service de réanimation pédiatrique de l'hôpital Farhat Hached de Sousse et ayant reçu au moins une antibiothérapie pendant leurs séjour en réanimation sur une période de 6 mois [Janvier 2025-Juin 2025]. Chaque prescription antibiotique a été analysée selon l'algorithme de Gyssens et al. (1992), classant les prescriptions en six catégories selon leur adéquation.

Parmi les 56 prescriptions analysées, une infection a été documentée dans 35 cas sur 52 évaluables. Plus de la moitié des infections étaient d'origine nosocomiale (51,7 %). Seules 25 % des prescriptions ont été jugées appropriées (catégorie 0 selon la classification de Gyssens). Les principales causes d'inadéquation concernaient une durée de traitement excessive (catégorie IIIa, 25,3 %) et un spectre antibiotique trop large (catégorie IVd, 19 %). Les infections les plus fréquemment associées à une prescription inappropriée étaient la pneumopathie communautaire (87,5 %), la pneumopathie nosocomiale (75 %) et la bronchiolite aiguë compliquée de surinfection bactérienne (38,5 %). La durée médiane d'hospitalisation était de 8 jours, avec un taux de mortalité de 19,6 % chez les patients traités par antibiotiques.

L'évaluation selon la méthode de Gyssens révèle un taux significatif de prescriptions antibiotiques inappropriées, principalement liées à la prolongation injustifiée de la durée de traitement. Ces résultats soulignent la nécessité de développer et de mettre en place un protocole standardisé de prescription antibiotique en réanimation pédiatrique, afin d'optimiser la pertinence des traitements, de limiter les durées excessives et de réduire le risque de résistances bactériennes.

P 043 CLINICAL FEATURES AND PROGNOSTIC FACTORS IN CRITICALLY ILL ADULTS WITH INFECTIOUS MENINGOENCEPHALITIS

Auteurs :

D.Ben Braiek (bbraiek.dhouha@gmail.com): Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..
G.Rannen* (ghada.rannen@gmail.com): Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..
S.Bel Haj Youssef (sourourbelhajyoussef1@gmail.com): Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

H.Sfar (dr.sfar.haifa@gmail.com): Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

H.Zoragti (zorgati.hend@yahoo.fr): Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

A.Mansouri (asmamansouri098@gmail.com): Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

J.Ayachi (ayachijihen@gmail.com): Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia ..

Infectious meningoencephalitis (MNE) in adults, rare but life-threatening condition, remains a critical neurological emergency with high morbidity and mortality. Early identification of prognostic factors is essential to guide management and improve outcomes in patients requiring intensive care support.

To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with infectious meningoencephalitis admitted to intensive care and to identify factors associated with mortality.

A retrospective observational study was conducted in 9-bed medical ICU between October 2021 and September 2025. All adult patients (≥ 18 years) hospitalized for severe meningoencephalitis were included based on a combination of clinical, microbiological, and radiological criteria. Severity was defined by the presence of at least one organ failure: hemodynamic failure requiring vasopressors, need for mechanical ventilation, or severe neurological impairment. Demographic, severity scores, clinical, biological, radiological data and therapeutic interventions were recorded. Primary outcome was ICU mortality. Prognostic factors associated with mortality were identified using univariate and multivariate logistic regression analyses. A p-value <0.05 was considered statistically significant.

A total of 44 patients were included with median age of 52.3 ± 16.3 years, 29(65.9%) patients were male. Diabetes, 24(54.5%) was the most frequent comorbidity. Osteo-meningeal breach (n=5), otitis (n=6) and sinusitis (n=2) were underlying conditions. Median SAPSII and SOFA scores were 26[21-33] and 3[1-3] respectively. Headache 28(63.6%), neck stiffness 19(43.2%), coma 14(31.8%), and seizures 12(27.3%) were the most common manifestations. At lumbar puncture, the median Cerebrospinal fluid (CSF) leukocyte count was 900[148–1820] cells/ μ L, predominantly neutrophils, 765[87–1503] cells/ μ L. A hypoglycorrachia was observed in 17(38.6%) patients. Eleven patients had pneumococcal meningoencephalitis confirmed by CSF analysis. Four patients had viral meningoencephalitis: two herpes simplex virus cases confirmed by MRI and PCR, and two West Nile virus cases confirmed by serology. Cefotaxime was the most used antibiotic, in 33(75%) patients and acyclovir was used in 21(47.7%) patients. Invasive mechanical ventilation (IMV) was required in 21(47.7%) patients. Among complications, we found persistent coma (n=7), cerebral involvement (n=5), seizure (n=3), cerebral thrombophlebitis (n=1), cerebral abscess (n=1), ventilator associated pneumonia (n=4) and shock (n=7). Median length of stay (LOS) was 6[4-18]. The overall ICU mortality rate was 11(29%). In univariate analysis, the predictive factors of mortality were need for IMV (11(33.3%) vs 10(90.9%), p<10-3), shock (1(3%) vs 6(54.5%), p<10-3), coma at admission (6(18.2%) vs 8(72.7%), p=0.003) and LOS ([5-9] vs 18[5-25], p=0.034). Multivariate analysis identified shock (OR, 65.3; 95%CI, [3.53-1207.1]; p=0.005) and coma at admission (OR, 19.7; 95%CI, [1.9-198.5]; p=0.005) as independent predictors of ICU mortality.

In this study, coma at admission and hemodynamic instability strongly predicted ICU mortality in severe infectious meningoencephalitis. Identifying these factors early may guide therapeutic strategies and optimize patient outcomes in intensive care.

P 044 PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS CHEZ UN PATIENT INTUBE: IMPLICATION DU PERSONNEL PARAMEDICAL

Auteurs :

H.Ben Ahmed* (benahmedmedia@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès

R.Rajah (rihab1rajah@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès ..

S.Bellil (Bellil.samar@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès ..

H.Mayoufi (houda.mayoufi20@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès ..

A. Ben Khalifa (atraabbenkhalifa@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès ..

Les infections associées aux soins représentent un enjeu majeur, surtout en soins intensifs chez les patients intubés. Le personnel paramédical joue un rôle clé dans leur prévention par l'application stricte des mesures d'hygiène et la surveillance clinique.

Ce travail a pour objectif d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques du personnel paramédical en matière de prévention des infections dans trois services de réanimation.

Nous avons mené une étude descriptive transversale incluant 38 participants (infirmiers et aides-soignants), exerçant dans des services de réanimations polyvalentes dans trois hôpitaux. La collecte des données a été réalisée via un questionnaire anonyme, auto administrée, préétabli et pré testé. Une évaluation des connaissances théoriques et des attitudes pratiques a été faite.

L'étude a inclus 38 professionnels de santé en réanimation, dont 92 % étaient infirmiers, majoritairement des femmes âgées de 25 à 35 ans (61 %). La majorité (66 %) avait moins de cinq ans d'expérience. Concernant la formation, 63 % n'avaient pas reçu de formation spécifique sur la prise en charge des patients intubés-ventilés, et 53 % sur la prévention des infections associées aux soins (IAS). Les participants connaissaient bien la définition des IAS. Les principaux facteurs de risque identifiés étaient l'intubation prolongée (100 %) et les procédures invasives (50 %). La pneumopathie sous ventilation mécanique était reconnue par 95 % comme l'infection la plus fréquente. Les signes cliniques évocateurs comprenaient la fièvre (100 %) et les sécrétions purulentes (89 %). Le choc septique était mentionné comme la principale complication par 97 %. En prévention, l'hygiène des mains était jugée la plus efficace (92 %), mais seulement 55 % la pratiquaient systématiquement. L'usage des équipements de protection individuelle était régulier chez 42 %. Lors de la pose des sondes urinaires, les gants stériles étaient utilisés, mais rarement lors de leur manipulation (79 %). Pour les cathéters, 71 % changeaient les pansements selon les recommandations. Enfin, les protocoles étaient jugés moyennement efficaces (47 %) ou peu efficaces (40 %). Les principaux obstacles identifiés étaient la surcharge de travail (84 %) et le manque de personnel (71 %). Les solutions proposées incluaient la formation continue (42 %) et l'augmentation des effectifs (32 %).

La prévention des infections chez les patients intubés en réanimation est une prioritaire. Le personnel paramédical, acteur central, doit avoir des compétences techniques et réflexives. Formation continue, pratiques standardisées et travail d'équipe sont essentiels pour garantir la sécurité des soins.

P 045 PARTICULARITES DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS EN REANIMATION : PROFIL MICROBIOLOGIQUE ET STRATEGIE THERAPEUTIQUE

Auteurs :

Insaf Trabelsi (insaf.trabelsi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

N. Ezzine* (ezzinenouha17r25@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

H.Brahmi (wtbrahmi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

H. Allouche (Hend.allouche@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

H. Ben Ali (Hana.benali@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

S. Nasri (syrinenasri8@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

H. Ghadhoun (hatem.ghadhoune@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte ..

Les infections associées aux soins(IAS) constituent un enjeu majeur en réanimation, en raison de la gravité des patients, de la fréquence des procédures invasives et de l'émergence croissante des bactéries multirésistantes. Leur prise en charge thérapeutique demeure un défi majeur.

Décrire les caractéristiques épidémiologiques et microbiologiques des IAS en réanimation médicale et analyser les profils de résistance des germes isolés afin d'évaluer les stratégies thérapeutiques instaurées.

Étude rétrospective, monocentrique et descriptive menée sur une période de trois mois (juillet-septembre 2025) en réanimation médicale. Ont été inclus tous les patients ayant présenté au moins un épisode d'IAS. Les données démographiques, cliniques et microbiologiques ont été recueillies. Chaque épisode infectieux a été analysé individuellement. Les traitements antiinfectieux administrés et l'évolution clinique des patients ont également été évalués.

Quinze patients ont été inclus, totalisant 43 épisodes d'IAS. L'âge médian était de 65 ans [30-81]. La principale motif d'admission était la détresse respiratoire (53%). Un état de choc septique a été observé dans 44% des épisodes. Le délai médian de survenue des IAS était de 19 jours [4-61]. Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique étaient prédominantes (53%), suivies des bactériémies/fongémies (23%) et des infections liées aux cathéters (16%). Les germes les plus fréquemment isolés étaient Klebsiella pneumoniae (20,9%), Acinetobacter baumannii (18,6%) et Pseudomonas aeruginosa (11,6%). Un profil de multirésistance a été retrouvé dans 80% des cas, dominé par les producteurs de carbapénèmes (50%), suivis des céphalosporinases (9%) et des pénicillinas (7%). Un cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (VRE) et des infections à Candida non albicans (14%) ont également été recensés. L'antibiothérapie initiale était adaptée dans 60% des cas, tandis qu'une escalade thérapeutique a été nécessaire dans 40%. L'évolution clinique a été défavorable dans 37% des épisodes, avec une mortalité globale de 80% chez les patients présentant une IAS.

Les IAS en réanimation demeurent fréquentes et graves, dominées par des germes multirésistants. Leur impact sur la mortalité souligne la nécessité d'une politique de prévention renforcée, d'un usage raisonné des antibiotiques et d'une surveillance microbiologique rigoureuse.

P 046 Quel apport des rapports neutrophiles-lymphocytes (NLR) et du rapport plaquettes-lymphocytes (PLR) au cours de la pneumonie aigue communautaire grave ?

Auteurs :

ines sdiri (sdiri.ynes@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur
ines slama (inesslama2@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Ons Ellouze (onsellouzesiala@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

amira Hmaidi (hmaidiamira.96@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Imen Zaghdoudi (i.zaghdoudi@yahoo.fr): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

ines Sedghiani (sedghiani.ines@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

Nebiha Borsali Falfoul (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur ..

La pneumonie aiguë communautaire (PAC) est un motif fréquent d'hospitalisation dans les unités de soins intensifs et elle est associée à une mortalité élevée. La détermination de biomarqueurs utiles pour l'évaluation du pronostic reste toujours le centre de la recherche.

Notre objectif était de déterminer le rôle potentiel du rapport neutrophiles-lymphocytes (NLR) et du rapport plaquettes-lymphocytes (PLR) en tant que facteurs pronostiques chez les patients hospitalisés pour une PAC sévère.

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive et analytique sur deux ans (2023-2024), incluant les patients admis pour la prise en charge d'une PAC grave. Nous avons calculé les PLR et NLR. Ensuite nous avons dégager la corrélation entre les rapports, la mortalité hospitalière et l'évolution vers un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA).

Au cours de la période d'étude, nous avons colligé 123 patients avec un âge moyen de $66,2 \pm 16,5$ et un genre-ratio (H/F) de 1,9. Les comorbidités les plus fréquentes étaient le diabète (54%), HTA (56%) et

l'insuffisance respiratoire chronique (13,3%). Le recours à la ventilation mécanique invasive était noté dans 20% des cas. Le développement d'un état de choc était noté chez 20,8%, un SDRA dans 15,3% et une insuffisance rénale aigue dans 18,3%. Le taux de mortalité était noté chez 38,5%. Les médians des NLR et PLR étaient respectivement 10,3 et 278. Le taux de NLR était significativement plus élevé chez les décédés (11,5 vs 9,1 ; p=0,003). Pour un taux de NLR supérieur à 5,46, la sensibilité et la spécificité du NLR dans la prédiction de la mortalité intrahospitalière étaient de 71 % et 69 % respectivement, avec une aire sous la courbe de 0,55. Le taux de PLR était significativement plus élevé chez les patients ayant développé un SDRA sévère (340 vs 156 ; p=0,045). Avec un seuil de 200, la sensibilité, la spécificité et l'aire sous la courbe de la PLR pour prédire un SDRA étaient de 69%,64% et 0.53 respectivement.

Les rapports NLR et PLR peuvent être des marqueurs pronostiques simples et utiles chez les patients atteints de pneumopathie aigue communautaire.

P 047 Profil microbiologique après antibiothérapie à large spectre

Auteurs :

Nefissa Derbel (derbel.nafissa@yahoo.com): réanimation médicale Abderrahman Mami .
Wafa Homrani (homraniwafa@gmail.com): réanimation médicale Abderrahman Mami .
emna rachdi (emna.rachdi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Abderrahman Mami .
Racha Ghabara (racha.ghabara@fmt.utm.tn): reanimtion médicale Abderrahman Mami .
Mohsna Bhiri (mohsnabhiri@gmail.com): Réanimation Médicale Abderrahman Mami .
selim sellaouti (sellaoutiselim@gmail.com): Réanimation médicale Abderrahman Mami .
fatma jarray (fatma.jarraya@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Abderrahman Mami .
Nacef Ben MRAD (nacef.benmrad@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Abderrahman Mami .
Amira Jamoussi (amira.jamoussi@fmt.utm.tn): Réimation Médicale Abderrahman Mami .
Samia Ayed (samia.ayed@fmt.utm.tn): Réanimation Médicale Abderrahman Mami .
Jalila Ben Khelil (jalila.benkhelil@fmt.utm.tn): Réanimation Médicale Abderrahman Mami .

L'antibiothérapie présente un défi majeur pour tout réanimateur, elle doit être ciblée, efficace et guidée par l'écologie du service. Devant l'émergence des bactéries hautement résistantes de plus en plus fréquent, en particulier *Klebsiella pneumoniae* sécrétrice de carbapénèmases, on note un recours de plus en plus fréquent aux antibiotiques à large spectre dont l'imipénème et la Colimycine.

Décrire les caractéristiques microbiologiques observées à la suite de prise d'antibiothérapie à large spectre à base d'Imipénème et/ou Colimycine

Il s'agissait d'une étude descriptive monocentrique rétrospective menée sur une période de 8 mois entre janvier 2025 et septembre 2025 incluant les patients ayant présenté un état septique grave nécessitant un traitement probabiliste ou ciblé par Imipénème et/ou Colimycine. On étudiait les caractéristiques cliniques et microbiologiques à l'épisode septique qui suit l'administration de cette antibiothérapie. Sont exclus les patients décédés à la suite de ce dernier épisode septique.

Nous avons colligé 30 patients d'âge médian de 59 ans avec des extrêmes de 17 ans et de 79 ans ; avec un genre ratio de 3.28. Les comorbidités les plus fréquentes étaient la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (n=14), l'hypertension artérielle (n=7), la néoplasie (n=4) et le diabète (n=3). Les moyennes des scores de gravité APACHE II, IGS III et APACHE III étaient respectivement 26 ± 11 ; 56 ± 12 et 73 ± 25 . Ces patients avaient été traités par Imipénème et/ou Colimycine pour une durée moyenne de 8.7 jours [1 – 15]. L'épisode septique suivant cette antibiothérapie large était compliqué de choc septique chez 22 patients. La porte d'entrée pulmonaire a été retenue dans 24 cas dont 6 avaient une porte d'entrée endovasculaire associée, urinaire chez 4 et indéterminée chez 2 patients. Les prélèvements microbiologiques ont révélé *Acinetobacter baumannii* Imipénème R dans 11 cas, *Pseudomonas aeruginosa* chez 10 patients dont 1 résistant à l'Imipénème. *Klebsiella pneumoniae* a été isolée chez 8 patients dont 4 souches étaient sécrétrices de carbapénèmases, *staphylococcus aureus* metiR chez 2 malades, *Escherichia coli* sécrétrices de BLSE chez 2 patients. Des souches sauvages de *Serratia Marcescens* ont été retrouvées chez 5 patients, *Morganella Morgani* chez 2 et *Moraxella catarrhalis* et *Haemophilus influenzae* chez 1 patient. L'évolution était fatale chez 19 patients.

L'utilisation d'antibiothérapie large était conséquente de sélection de mutants résistants, mais aussi des germes de la flore intestinale sensible. L'utilisation raisonnable de l'antibiothérapie et la limitation de son spectre au maximum reste un défi qui pourrait limiter l'envahissement des germes hautement résistants.

P 048 Un syndrome inflammatoire multisystémique sévère associé au SARS-CoV-2 compliqué de myocardite: à propos d'un cas

Auteurs :

Abir Dammak (abirdammakg@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Sabrine Bradai (sabrine.brada12@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Mariem Rekik (maryemrekik123@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Jihen Bech Hamba (ji.hene988@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Hedy Chelly (chelly_hedi@medecinesfax.org): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Mabrouk Bahloul (bahloulmab@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Le syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant (MIS-C) est une complication post-infectieuse rare mais grave de l'infection par le SARS-CoV-2. Il associe une hyperinflammation systémique, une atteinte multiviscérale et un risque élevé de défaillances d'organes, notamment cardiaques et circulatoires.

Nous rapportons le cas d'une adolescente de 15 ans, sans antécédents, admise aux urgences pour épigastriques, vomissements, fièvre à 40 °C et lésions érythémateuses diffuses. Deux jours plus tard, elle présentait une dyspnée fébrile avec polypnée (FR à 40/min), hypoxémie (SpO_2 à 80 %), crépitants bilatéraux, hypotension (PA à 70/40 mmHg), tachycardie à 150/min et signes périphériques de choc, associés à une conjonctivite bilatérale et à la persistance des lésions cutanées. D'où le recours à la ventilation mécanique invasive et la mise sous noradrénaline (4 mg/h). L'échocardiographie transthoracique a mis en évidence une myocardite aiguë sévère avec FEVG à 35 % sous catécholamines, des pressions de remplissage élevées et une VCI dilatée non compliant. L'échographie pulmonaire montrait des lignes de Kerley diffuses en faveur d'un œdème aigu pulmonaire de surcharge. Le bilan biologique retrouvait une insuffisance rénale (créatinine 135 $\mu\text{mol/L}$), une élévation des troponines à 2460 ng/L et du NT-proBNP à 25 000 pg/mL, un syndrome inflammatoire biologique (CRP à 300 mg/L, PCT à 53 ng/mL), des D-dimères à 7000 $\mu\text{g/L}$ et un TP bas à 49 %. La PCR respiratoire ainsi que les explorations microbiologiques et immunologiques étaient négatives. L'angioscanner thoracique a mis en évidence des plages bilatérales en verre dépoli sous-pleurales, ainsi qu'une embolie pulmonaire sous-segmentaire droite, une thrombose de la veine jugulaire interne droite et une thrombose de la veine rénale gauche. La sérologie SARS-CoV-2 (IgM et IgG positives) a confirmé une infection récente. Devant l'association des signes cliniques, biologiques et radiologiques, et conformément aux critères de l'OMS, le diagnostic de MIS-C sévère a été retenu. La patiente a reçu des immunoglobulines intraveineuses (2 g/kg en 2 jours), une corticothérapie (10 mg/kg/j pendant 3 jours puis 1 mg/kg/j) et une anticoagulation curative. L'évolution a été favorable après 3 semaines d'hospitalisation, marquée par le sevrage de la ventilation mécanique et des catécholamines, ainsi qu'une amélioration de la fonction cardiaque (FEVG de contrôle à 55 %).

Le MIS-C demeure une complication rare mais sévère de l'infection par le SARS-CoV-2, pouvant survenir même en dehors de la phase pandémique. Ce cas illustre la persistance du risque, avec des atteintes cardiovasculaires et thromboemboliques graves, et rappelle l'importance de maintenir un haut niveau de vigilance diagnostique afin d'instaurer rapidement un traitement adapté et d'améliorer le pronostic.

P 049 Embolie pulmonaire fortuite détectée par IRM cardiaque dans le bilan étiologique d'un arrêt cardiaque inexpliqué

Auteurs :

Abir Dammak (abirdammakg@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Sabrine Bradai (sabrine.brada12@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Achraf Ben Hlima (achraf.ben.hlima@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Abir Akrouti (akroutiabir17@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Hedy Chelly (chelly_hedi@medecinesfax.org): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Mabrouk Bahloul (bahloulmab@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
L'arrêt cardiorespiratoire inexpliqué reste un défi diagnostique. L'IRM cardiaque, demandée principalement pour la caractérisation tissulaire (suspicion de myocardite ou d'ischémie), peut exceptionnellement révéler des anomalies extra-cardiaques. La découverte fortuite d'une embolie pulmonaire au cours de cet examen demeure rare et inhabituelle.
Il s'agit d'une patiente âgée de 49 ans, aux antécédents de diabète de type 2 et d'hypertension artérielle, admise en réanimation pour un arrêt cardio-respiratoire sur tachycardie ventriculaire, avec une durée de non-flow estimée à 8 minutes. Le bilan étiologique initial a permis d'écartier une cause ischémique (coronarographie normale), métabolique (bilan normal) ou compressive (radiographie thoracique sans anomalie). L'échodoppler veineux des membres inférieurs était normal et un angioscanneur thoracique n'était pas réalisé en raison d'une insuffisance rénale. L'IRM myocardique a montré un hypersignal intramyocardique linéaire septo-basal sous-épicardique évocateur d'une myocardite, deux prises de contraste tardives nodulaires sous-endocardiques inféro-septo-basales suggérant une séquelle ischémique ancienne, et, de façon fortuite, un défaut endoluminal en hyposignal au niveau de la branche artérielle pulmonaire lobaire inférieure gauche, s'étendant vers le segment postéro-basal, compatible avec une embolie pulmonaire lobaire gauche. Un traitement anticoagulant curatif a été instauré. L'évolution a été marquée par un sevrage progressif de la ventilation mécanique et la patiente a été transférée à un hôpital régional en ventilation spontanée sur canule de trachéotomie. Ce cas souligne la valeur ajoutée de l'IRM cardiaque dans l'exploration des arrêts cardiaques inexpliqués. Au-delà de son apport pour la caractérisation myocardique, elle peut exceptionnellement orienter vers des diagnostics extra-cardiaques inattendus, tels qu'une embolie pulmonaire, avec un impact thérapeutique immédiat.

P 050 ACUTE MYOCARDIAL INJURY FOLLOWING ANAPHYLACTIC SHOCK INDUCED BY CRUSTACEAN CONSUMPTION: KOUNIS SYNDROME OR HYPERSENSITIVITY MYOCARDITIS?

Auteurs :

S. Jerbi (jerbi_salma@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
I. Dahech* (inesdahech23@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
D. Dlensi (dorsadlensi89@outlook.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F. Zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
Y. Ben Taher (yoser.bentaher@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
A. Abdellatif (arijabdellatif6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
M. Smaoui (smaoui.mariem5@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
R. Allala (rania.allala@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F. Medhioub (fatma_kaaniche@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

Allergic reactions can rarely cause acute myocardial injury, either as Kounis syndrome (allergic acute coronary syndrome) or hypersensitivity myocarditis. Distinguishing between these entities is critical for diagnosis, management, and prognosis.

We report a 63-year-old male smoker with a history of transient ischemic attack, who developed generalized pruritus, diffuse pain, malaise, and dyspnea shortly after consuming crustaceans. On arrival,

he was hypotensive (70/40 mmHg), tachycardic (110 bpm), with oxygen saturation of 92% and bilateral crepitations. He received three intramuscular epinephrine injections without improvement and was placed on continuous intravenous epinephrine. Laboratory tests showed troponin of 102 ng/mL, which decreased during hospitalization. ECG revealed extrasystoles with inferior ST-segment depression, and chest X-ray showed bilateral interstitial opacities. Cardiac ultrasound revealed global hypokinesia, predominantly on the inferior wall, with initial ejection fraction of 40%, consistent with acute myocardial injury. The patient was gradually weaned from epinephrine over four days, and follow-up ultrasound showed ejection fraction recovery to 60%. After a five-day stay, he was discharged fully recovered and referred to internal medicine for allergy work-up and cardiology for coronary imaging.

In the context of anaphylactic shock, clinicians should suspect cardiac involvement when there is difficulty in weaning from vasopressors or when the patient progresses to pulmonary edema. Recognizing these signs early is critical for guiding hemodynamic support, monitoring for myocardial injury, and optimizing patient management to prevent further complications.



P 051 HEMODYNAMIC TRAJECTORIES IN SEPTIC SHOCK: INSIGHTS FROM SERIAL ECHOCARDIOGRAPHY

Auteurs :

HABIBA HEMAMID (habibahemamid@yahoo.com): REANIMATION MEDICALE CHU DE SETIF ALGERIE .

Septic shock is a dynamic syndrome characterized by evolving hemodynamic profiles. The prognostic significance of these trajectories remains insufficiently explored. Understanding the temporal evolution of hemodynamic profiles may identify critical phases where interventions could have the greatest impact

This study aimed to characterize the trajectories of hemodynamic changes in septic shock using serial echocardiography and to evaluate their prognostic significance.

We conducted a prospective observational study including 58 consecutive patients admitted to the intensive care unit with a diagnosis of septic shock. Serial transthoracic echocardiographic evaluations were systematically performed at predefined time points (H0, H6, H12, H24, H36, H48, and H72). Temporal changes in hemodynamic profiles were analyzed using the Friedman test to assess overall variability across time, followed by Wilcoxon post-hoc testing for multiple comparisons between specific time points. Survival was evaluated at day 28 using Kaplan–Meier analysis, and differences between trajectories were compared.

Serial echocardiography demonstrated significant dynamic transitions of hemodynamic profiles over time ($p = 0.008$). Four predominant trajectories were identified: stable profiles, improving (increasing) profiles, deteriorating (decreasing) profiles, and heterogeneous or fluctuating profiles. Transitions were most pronounced between H6 and H24, with progressive improvement in left ventricular performance in survivors and subsequent stabilization beyond H48. The 28-day survival curves differed significantly across trajectories ($p = 0.007$). Overall mortality was 36% (14/38 evaluable patients). Among non-survivors, 42.8% presented a persistently stable pattern, 42.8% an unstable heterogeneous pattern, and 85.7% a declining hyperkinetic profile, highlighting the prognostic weight of early hemodynamic deterioration despite initial hyperdynamic status.

Septic shock is characterized by evolving hemodynamic trajectories with distinct prognostic implications. Serial echocardiography provides valuable insights into these dynamics, and early recognition of high-risk patterns ;particularly declining hyperkinetic profiles, may help guide more effective and individualized therapeutic strategies

P 052 Syndrome d'Evans compliqué d'état de choc hémorragique et de Takotsubo : association rare entre tempête immunologique et orage catécholaminergique

Auteurs :

F.Z.Gamara (fatma.gamara@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .
A.Ben Massoud* (ameni.benmassoud@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .
M.Chroufa (melekchroufa@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .
H.Ben Hssine (hamza.benHssine@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .
A.Abderrahim (aminabderrahim@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .
N.Kouraichi (nadiakouraichi@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .

Le syndrome d'Evans (SE) est une entité auto-immune rare définie par l'association d'une anémie hémolytique auto-immune (AHAI) et d'une thrombopénie auto-immune. Cette maladie chronique est caractérisée par des périodes alternées de rémission avec possibles rechutes de l'AHAI, qui peuvent être associées à une morbidité et une mortalité significative dues à l'hémorragie sévère et aux infections en cas de thrombocytopénie et de neutropénie sévères. Nous rapportons le cas d'une patiente aux antécédents de syndrome d'Evans depuis deux ans, admise en soins intensifs pour état de choc hémorragique compliquant une hémorragie intra alvéolaire avec syndrome de détresse respiratoire aiguë sévère.

Madame AB, 23 ans, a été admise en soins intensifs pour une double détresse respiratoire et hémodynamique nécessitant son intubation avec ventilation mécanique. À l'examen, elle présentait une pâleur généralisée, un état de choc avec hypotension sévère, tachycardie, marbrures diffuses, lésions pétéchiales et méttrorragies. Neurologiquement, elle était sédatée et ventilée, avec des sécrétions trachéales abondantes et hématiques. Le bilan biologique montrait une anémie sévère (Hb 3,2 g/dl), une thrombopénie profonde (6000/mm³), une acidose métabolique, une hypoxémie sévère (PaO₂/FiO₂ à 95), une hyperleucocytose et une CRP élevée. Les troponines étaient fortement augmentées. Le diagnostic de SDRA secondaire à une hémorragie intra-alvéolaire compliquée d'un état de choc hémorragique a été retenu en raison des sécrétions hématiques, de l'anémie et de l'aspect au scanner .Le LBA n'a pas été réalisé devant un rapport bas et un dérecrutement alvéolaire important. La prise en charge initiale associait ventilation protectrice, transfusions massives (4 CGR, 2 PFC, 15 CP), corticothérapie (méthylprednisolone 1 mg/kg/j) pour suspicion de rechute du syndrome d'Evans confirmé par test de Coombs direct positif , et antibiothérapie probabiliste. L'échocardiographie montrait une cardiomyopathie de Takotsubo (FEVG 30%), réversible au 20^e jour. L'état hémodynamique s'est stabilisé en 24h, permettant le sevrage de la noradrénaline. L'amélioration respiratoire a autorisé une extubation à J28, bien que persistant une dépendance en oxygène. L'évolution a été compliquée de deux thromboses veineuses profondes et d'un état de choc septique secondaire , associé à une nouvelle poussée du syndrome d'Evans. Malgré un traitement par tigécycline et colimycine, la patiente est décédée à J38.

Ce cas illustre la gravité potentielle du syndrome d'Evans, notamment en cas de rechute sévère avec défaillances multiviscérale. La complexité de sa prise en charge réside dans la gestion simultanée des complications hémorragiques, infectieuses et cardiovasculaires. Le syndrome d'Evans demeure une pathologie rare, dont la morbidité et la mortalité peuvent être élevées, principalement en lien avec les poussées hémorragiques sévères et le risque infectieux, ce dernier étant majoré par le traitement immunosupresseur. Le mécanisme physiopathologique exact reste encore mal élucidé.

P 053 CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ADMIS EN REANIMATION POUR HYPERTENSION ARTERIELLE NON CONTROLEE

Auteurs :

A.Guizani (guizani.amel@icloud.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
D.Dlensi (dorsafdlensi89@outlook.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

S.Jerbi (jerbi_salma@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F.Zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
A.Abdellatif* (arijabdellatif6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
E.Borni (emna98.borni@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
R.Allala (allala.riana@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F.Medhioub (fatma_kaaniche@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

L'hypertension artérielle (HTA) constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde, en raison de sa prévalence élevée et de ses complications. Certaines formes sévères de HTA peuvent évoluer vers des urgences hypertensives nécessitant une prise en charge en réanimation. Décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients hospitalisés, au service de réanimation d'un hôpital régional, pour HTA durant une période de 2 ans : du 1/1/2023 au 31/12/2024. Étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur l'ensemble des patients hospitalisés pour une HTA entre janvier 2023 et décembre 2024.

Notre étude a inclus 28 patients. L'âge moyen de nos patients était de 71 ans +- 7 ans [7-95 ans] avec une prédominance masculine : sex-ratio à 1,15. Les moyennes des scores IGSII, APACHEII et SAPS à J1 étaient respectivement 34 (+- 14,8) ; 13,6 (+- 6,7) et 42,9 (+-13,5). La majorité de nos patients (soit 57,1%) provenait du service des urgences. Le motif d'admission le plus fréquent était la dyspnée dans un tableau d'OAP (28,6%) suivie par le pic hypertensif dans (21,4%). La moyenne du score charlson était 3,89 (+-2,5) avec des comorbidités dominées par la HTA chez 16 patients (57,2%) dont 5 sont coronariens (17,9%) et le diabète chez 8 patients (28,6%). Le mode de début des symptômes était brutal chez 23 patients (82,1%). Seize patients (57%) étaient en ventilation spontanée et 6 patients (21,4%) ont nécessité la VMI dans un délai de 1,2 jours (+-0,5). Un traitement antihypertenseur initial a été prescrit chez 13 patients (46,4%). La molécule la plus prescrite était la nicardipine (39,3%) suivie par la dinitrate d'isosorbide (14,3%). L'introduction d'un traitement antihypertenseur oral a été faite chez 12 patients (42,9%) dans un délai moyen de 1,54 jours (+-0,77). Les molécules les plus prescrites étaient le captoril et l'amlopipine. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 4,7 jours (+-1,3).

L'hypertension artérielle demeure fréquente et potentiellement grave. La gestion des facteurs de risque est primordiale pour la prévention primaire. Un diagnostic précoce et une prise en charge rapide, adaptée et individualisée sont essentielles pour prévenir les complications et améliorer le pronostic vital et fonctionnel.

P 054 FACTORS ASSOCIATED WITH THE PROGNOSIS OF PATIENTS ADMITTED TO THE INTENSIVE CARE UNIT FOR HYPERTENSION

Auteurs :

D.Dlensi (dorsafdlensi89@outlook.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
A.Guizani (guizani.amel@icloud.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F.Zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
S.Jerbi (jerbi_salma@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
E.Borni* (emna98.borni@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
A.Abdellatif (arijabdellatif6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
R.Allala (allala.riana@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F.Medhioub (fatma_kaaniche@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

Hypertension is one of the causes of cardiovascular morbidity and mortality worldwide. Some patients develop hypertensive emergencies that can be life-threatening and require admission to the intensive care unit (ICU).

To determine the prognostic factors associated with hypertension in patients admitted to the intensive care unit.

We conducted a retrospective, descriptive, and analytical study from January 1, 2023, to December 31, 2024, in the intensive care unit of a regional hospital. All patients admitted for uncontrolled hypertension

were included. Epidemiological and clinical characteristics, management modalities, and outcome data were collected and analyzed.

During the study period, 28 patients were admitted in the ICU for hypertension. The mean age was 71 ± 7 years (range 7–95 years), with a male predominance (sex ratio 1.15). The mean IGS II, APACHE II, and SAPS scores on day 1 were 34 ± 14.8 , 13.6 ± 6.7 , and 42.9 ± 13.5 , respectively. Regarding respiratory support, 6 patients (21.4%) required invasive mechanical ventilation for respiratory distress within an average delay of 1.2 ± 0.5 days, while non-invasive ventilation was used in 12 patients (42.8%). Initial intravenous antihypertensive therapy was prescribed in 13 patients (46.4%), mainly nicardipine (39.3%) and isosorbide dinitrate (14.3%). Ten patients (35.7%) developed shock, including six cases of cardiogenic shock (21.4%) and four cases of septic shock (14.2%). The mean length of ICU stay was 4.7 ± 1.3 days. The mortality rate was 7.14%, occurring in the context of refractory shock complicated by multiple organ failure or refractory hypoxemia.

Severe hypertension remains a significant cause of ICU admission. The prognosis of these patients primarily depends on the early support and the severity of multiorgan dysfunction. Early identification of poor prognostic factors may help the therapeutic strategies and improve survival.

P 055 INTEREST OF THE VEXUS SCORE IN GUIDING VOLUME MANAGEMENT IN PATIENTS WITH CARDIOGENIC SHOCK: A REPORT OF FIVE CASES

D.Dlensi (dorsafdlensi89@outlook.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

A.Guizani (guizani.amel@icloud.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

F.Zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

S.Jerbi (jerbi_salma@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

E.Borni* (emna98.borni@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

A.Abdellatif (arijabdellatif6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

R.Allala (allala.rania@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

F.Medhioub (fatma_kaaniche@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

The Venous Excess Ultrasound Score (VExUS) is a non-invasive ultrasound tool that provides an integrated evaluation of systemic venous congestion. We report five cases illustrating its value in guiding fluid depletion therapy.

We describe five patients admitted in the medical intensive care unit for cardiogenic shock: two following acute coronary syndrome, two after scorpion envenomation complicated by toxic myocarditis (stage 3), and one due to pulmonary embolism complicated by cardiac arrest. All patients required vasopressor and inotropic support. On the first day of ICU admission, all five patients had a VExUS score ≥ 2 , indicating severe venous congestion, with dilation of the inferior vena cava and abnormal hepatic, portal, and renal venous flow patterns. Despite adequate arterial pressure under catecholamine support, the patients had oliguria and elevated serum creatinine levels. Therapeutic strategy was then guided by serial VExUS assessments, with the cautious introduction of diuretic therapy and gradual reduction of fluid administration. Clinical course was marked by a progressive normalization of the VExUS score, in parallel with clinical, biological, and echocardiographic improvement. By the third day, all patients had a VExUS score < 2 , reduced catecholamine requirements, and improved renal function. The VExUS score enables dynamic assessment of venous congestion and delicate adaptation of fluid management, particularly in patients with cardiogenic shock, where the therapeutic window is narrow. Besides, it facilitates the distinction between true hypovolemia and venous overload. So, it can reduce the risk of worsening renal dysfunction or pulmonary edema.

These five cases highlight the relevance of the VExUS score as a decision-making tool for volume management in cardiogenic shock. Its systematic use could promote a more personalized and safer hemodynamic management strategy in critically ill patients.

P 056 Impact d'un traitement par bêtabloquants avant l'admission sur la réponse hémodynamique et le pronostic du choc septique

Auteurs :

HABIBA HEMAMID (habibahemamid@yahoo.com): REANIMATION MEDICALE CHU DE SETIF ALGERIE .

Le choc septique est une cause majeure de mortalité en réanimation, nécessitant un recours rapide au remplissage et aux vasopresseurs. Les bêtabloquants (BB), largement utilisés chez les patients atteints de pathologies cardiovasculaires chroniques, pourraient interférer avec la réponse aux catécholamines, en particulier à la noradrénaline. Leur impact en phase aiguë du choc septique reste mal établi.

Cette étude visait à évaluer l'influence d'un traitement par BB avant l'admission sur le profil clinique, la réponse hémodynamique et le pronostic des patients en choc septique

Tous les patients inclus dans une étude prospective durant la période 2017- 2019 au service de réanimation médicale , présentant un choc septique selon la définition Sepsis-3 et avec données disponibles sur le traitement par BB préadmission, ont été analysés. Les caractéristiques cliniques, hémodynamiques (pressions artérielles, volumes d'éjection systolique, la fréquence cardiaque et le débit cardiaque), les modalités de prise en charge, la réponse aux vasopresseurs et les données évolutives ont été comparées entre les patients traités ou non par BB. Le critère principal de jugement était la mortalité à J7et à J28

Au total, 68 patients ont été inclus (âge médian 67 ans [36–74], 66,3 % d'hommes), dont 25 (36,8 %) étaient sous BB avant l'admission. Ces patients présentaient dans 76% des antécédents d'HTA ou d'insuffisance cardiaque (36%). Une réponse hémodynamique altérée à la noradrénaline a été observée chez les patients sous BB, avec une augmentation moins marquée de la pression artérielle moyenne ($p = 0,01$). Une réponse atténuée de la fréquence cardiaque à la dobutamine était également notée ($p = 0,002$). Toutefois, la mortalité à J07 et à J28 ne différait pas significativement entre les deux groupes (41 % vs 33,7 %, OR ajusté 1,27 [IC95 % : 0,84–2,07], $p = 0,224$).

Chez les patients en choc septique, un traitement par bêtabloquants avant l'hospitalisation altère la réponse hémodynamique aux catécholamines, en particulier sur les paramètres de pression et de fréquence cardiaque. Toutefois, cette exposition préalable ne semble pas influencer la mortalité hospitalière, suggérant que les BB ne doivent pas être considérés comme un facteur limitant dans l'initiation des vasopresseurs.



P 057 L'échocardiographie dans l'embolie pulmonaire : un outil pronostique majeur malgré une faible valeur diagnostique

Auteurs :

Salma Chouchene (zamitisalma92@yahoo.com): réanimation médicale Sahloul .

Aymen El Hraiech (elhraiech.aymen@yahoo.com): cardiologie Sahloul .

Achouri Samar (samarachouri@outlook.fr): stage optionnel de néphrologie Sahloul .

Rania Hidri (rannouch.hidri-@gmail.com): réanimation médicale Sahloul .

Eya Guedhami (eyaguedhami@hotmail.com): cardiologie Sahloul .

Hajer Zouari (hajerzouari6@gmail.com): réanimation médicale Sahloul .

L'embolie pulmonaire aiguë est une pathologie grave et fréquente, dont le diagnostic reste complexe. L'échocardiographie transthoracique, simple et disponible, représente un outil d'évaluation essentiel, particulièrement dans les formes graves, permettant d'apprécier l'impact hémodynamique et d'orienter rapidement la prise en charge.

Évaluer la valeur diagnostique et pronostique de l'échocardiographie transthoracique chez des patients présentant une embolie pulmonaire confirmée, afin de déterminer son rôle dans la stratification du risque et la prise en charge.

Nous avons conduit une étude rétrospective descriptive incluant 30 patients hospitalisés pour embolie pulmonaire aiguë confirmée par angioscanner, au service de cardiologie de l'hôpital Sahloul, entre janvier 2021 et décembre 2024. Tous ont bénéficié d'une échocardiographie transthoracique. Les données cliniques, biologiques et échographiques ont été collectées à partir des dossiers médicaux informatisés. Les scores de Wells, Genève et sPESI ont été utilisés pour évaluer la probabilité clinique et le risque pronostique. L'analyse statistique a reposé sur des tests univariés et multivariés afin d'identifier les facteurs échographiques associés à la mortalité hospitalière. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

L'âge moyen des patients était de $59,5 \pm 17,3$ ans, avec une prédominance masculine (sex-ratio 2). Les principaux facteurs de risque étaient l'hypertension artérielle (50 %), le diabète (43,3 %) et le tabagisme (40 %). La dyspnée constituait le symptôme prédominant (86,7 %), suivie des douleurs thoraciques et palpitations (36,7 % chacune). Sur le plan électrocardiographique, la tachycardie sinusale était la plus fréquente (53,3 %). L'échocardiographie a révélé des anomalies chez 16 patients (53,3 %), principalement une hypertension pulmonaire et une dilatation du ventricule droit (50 %). Cependant, 14 patients (46,7 %) présentaient une ETT normale malgré une embolie confirmée à l'angioscanner, soulignant la faible valeur prédictive négative de l'examen. Le score sPESI a permis de stratifier le risque : 36,7 % des patients étaient à faible risque, tandis que 30 % étaient classés à haut risque. L'évolution était favorable dans 80 % des cas, avec trois décès (10 %) liés à un choc réfractaire. L'analyse multivariée a montré une association significative entre la mortalité et la dysfonction ventriculaire gauche (hypokinésie globale, FeVG altérée), ainsi qu'avec l'hypoxémie, la présence de râles et le recours à l'intubation ou aux drogues vasoactives. Ces résultats confirment le rôle de l'échocardiographie comme outil pronostique complémentaire mais non exclusif dans la prise en charge de l'EP.

L'échocardiographie transthoracique, bien que peu sensible pour exclure l'embolie pulmonaire, conserve une grande valeur pronostique. Son association aux scores cliniques et biomarqueurs permet une stratification plus fiable du risque et une optimisation thérapeutique des patients en soins intensifs.

P 058 Cardiomyopathie de Taku Tsubo compliquée d'un état de choc cardiogénique chez un brûlé : A propos d'un cas

Auteurs :

Mariem Cheikhrouhou (cheikhrouhou.mariem@yahoo.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Hana Fredj (fredjhanask@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Soltani Dhafer (dhaferxsoltani@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Amenne Alouini (amenne.alouini@fmt.utm.tn): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Souheila Ben Messoud (sou.benmassoud@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

amal aloui (alouiamal.hk@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

bahija gasri (bahijagasri2002@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Imen Jami (imenjami@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Amen Allah Messadi (amen933@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Amel Mokline (dr.amelmokline@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

La cardiomyopathie de Taku-Tsubo a été identifiée pour la 1ère fois en 19901, elle est déclenchée par un stress aigu et peu rapportée chez le brûlé. Elle se complique d'état de choc cardiogénique dans 6,6% des cas2.

Patiente S.M âgée de 57 ans, aux antécédents de maladie de Parkinson, admise pour prise en charge de brûlures étendues suite à un accident domestique. A l'admission, elle était intubée ventilée avec une SpO2 à 98%. Elle était en état de choc hypovolémique sous 4 mg/h de noradrénaline, la PA = 110/60 mmHg, FC= 70 bpm avec des signes d'hypoperfusion périphérique. Les brûlures étaient de 2ème degré superficiel touchant la face et les mains. A la biologie, elle avait une hémocoïncréation sans insuffisance rénale avec une acidose métabolique hyperlactique (pH=7,21; HCO3-=21mEq/l; lactate=3 mmol/l). L'évolution était favorable avec amélioration clinico-biologique et un sevrage progressif des amines. A J13 d'hospitalisation, la patiente a présenté une instabilité hémodynamique avec recours à de forte doses d'amines associée à une augmentation des besoins en oxygène avec des sécrétions mousseuses et un aspect en ailes de papillon à la radiographie du thorax. Les troponines étaient à 14000 ng/L, des NT-ProBNP > 25000 ng/l. L'ECG a montré un sus décalage de ST en antérieur étendu avec à l'ETT une hypokinésie et ballonisation de l'apex associée à une hyperkinésie des segments basaux et une FeVG abaissée à 35%. Un état de choc cardiogénique a été retenu avec introduction de la dobutamine. Une coronarographie a été faite montrant un réseau coronaire sain. Le diagnostic d'une cardiomyopathie de Taku-Tsubo compliquée d'EDC cardiogénique a été retenu avec un score INTERTAK de 71 points. L'évolution était favorable avec sevrage des amines et extubation de la patiente à j15.

La cardiomyopathie de Taku-Tsubo est rare chez le patient brûlé, dont l'atteinte cardiaque revêt tous les critères cliniques et paracliniques du SCA, Néanmoins, la forme inversée a un meilleur pronostic.

P 059 L'embolie amniotique : À propos d'un cas non fatal

Auteurs :

Nesrine Bel Haj Amor (nesrine.belhajamornesrine@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

Najla Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

Boudour Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

Khaoula Ben Ismail (khaoula.benismail@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

Sarra Temani (temanisara10@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

Abir Akrouti (akroutiabir17@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

Fatma Essafi (essafifatma1302@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

Takoua Merhabene (takouamerhabene@yahoo.fr): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

L'embolie amniotique est une complication obstétricale rare mais grave avec un taux de mortalité allant jusqu'à 80 % dans la littérature, survenant le plus souvent de manière brutale et imprévisible au cours du travail, de l'accouchement ou en post-partum immédiat.

Il s'agissait d'une patiente âgée de 31 ans sans antécédents, G1P1A0, ayant présenté un accouchement par voie basse laborieux compliqué d'une hémorragie du post-partum en rapport avec un délabrement vaginal et une inertie utérine. Devant une double détresse neurologique (Glasgow=11) et hémodynamique (TA=74/35mmHg, une tachycardie à 150bpm, une froideur des extrémités, une oligo- anurie), la patiente a été conditionnée, intubée et mise sous amines puis transférée en réanimation. L'évolution était marquée par l'installation secondaire d'une CIVD biologique avec un score Overt DIC à 7 (Plaquettes=40000/mm 3 , TP=42%, Fibrinémie=2.2g/L, D-dimères=10280 µg/L) avec état de choc hémorragique et une déglobulisation de 11,7 à 6g/dL en 24h et des lactates à 4,4mmol/L. La patiente a reçu de l'acide tranexamique et des transfusions de produits sanguins (Plaquettes, culots

globulaires et plasma frais congélé) mais les besoins en amines étaient à la hausse malgré un rendement transfusionnel satisfaisant. Il s'y associait une augmentation des besoins en oxygène (FiO 2 passant de 0,3 à 0,6) d'où une échographie transthoracique a été pratiquée montrant un septum paradoxal avec une insuffisance tricuspidienne et une PAPS à 45mmHg. Un angio-scanner thoracique a été fait montrant un des troubles ventilatoires avec aspect en verre dépoli et infirmant le diagnostic d'embolie pulmonaire fibrino-cruorique. Le diagnostic d'embolie amniotique a été alors évoqué devant l'association d'un état de choc avec détresse respiratoire et coagulopathie dans un contexte de post-partum immédiat. L'évolution était favorable avec sevrage des amines, diminution des besoins en oxygène et contrôle de la coagulopathie à J2. La patiente était extubée à J3 d'hospitalisation. Ce cas illustre qu'une issue non fatale d'une embolie amniotique est possible lorsque le diagnostic est rapidement évoqué et qu'une réanimation intensive adaptée est mise en place sans délai.

P 060 Apport du monitorage de la pléthysmographie de pouls dans la réanimation d'un arrêt cardiaque.

Auteurs :

N.Foudhaili* (foudhailin@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .
O.Saadaoui (osaadaoui122@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .
W.Brahmi (brahmiwala@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .
S.Khabouchi (khabouchisirine@gmail.com): Service des Urgences Hôpital Régional du Kef .

Le monitorage de la pléthysmographie au cours de l'arrêt cardiaque a fait l'objet de plusieurs études mais sa place reste à déterminer.

Le but de cette étude était d'évaluer l'apport du monitorage de la pléthysmographie de pouls dans l'augmentation de l'efficacité du massage cardiaque effectué par le personnel de la santé.

Nous avons mené une étude prospective de 6 mois évaluant chez un groupe de personnels de santé l'impact du monitorage de la pléthysmographie de pouls sur l'efficacité du massage cardiaque. Les critères de qualité du massage cardiaque était le nombre de compressions jugée sur la fréquence cardiaque et la localisation et profondeur de la compression jugée sur la qualité du signal (bonne ou mauvaise) et la valeur de l'indice de perfusion. L'évaluation était effectuée en début de l'intervention de l'agent et après avoir expliquer à l'agent comment utiliser les données de la pléthysmographie de pouls pour guider le massage cardiaque.

Nous avons recueilli 43 évaluations réalisées chez 12 patients en arrêt cardiaque. Il s'agissait de 8 hommes et 4 femmes dont l'âge moyen était de 53 ans. Les causes de l'arrêt cardiaque étaient une hypoxémie dans 8 cas, un syndrome coronaire aigu dans 3 cas et un AVC hémorragique dans 1 cas. Nous avons constaté une différence significative entre le groupe non guidé et guidé par la pléthysmographie de pouls en termes de fréquence des compressions (142 ± 7 vs 108 ± 5 , $p<0,01$), de qualité de signal (24% vs 66%, $p<0,01$) et d'indice de perfusion ($1,65\pm0,6$ vs $0,97\pm0,3$, $p<0,01$).

Le monitorage de la pléthysmographie de pouls au cours de l'arrêt cardiaque pourrait augmenter l'efficacité du massage cardiaque et améliorer le pronostic des patients.

P 061 OËDEME AIGU DU POUMON ISCHÉMIQUE : DONNEES EPIDÉMIO-CLINIQUES, PARACLINIQUES ET EVOLUTIVES

Auteurs :

H.GALAI* (hounaidagalai@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
Y.GARBA (yesminegarbaa@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
I.KLAI (klaiimen@outlook.fr): Réanimation médicale habib thameur .
I.SDIRI (sdiri.ynes@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .

Y.MEZRANI (mezrani.yosr1998@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .

I.SLAMA (ines.slama2@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .

K.AKKERI (khouloudjapon@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .

A.SMIRI (ahmed.smiri950@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .

I.SEDGHIANI (sedghiani.ines@gmail.com): reanimation médicale habib thameur .

N.BORSALI-FALFOUL (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): reanimation medicale habib thameur .

L'œdème aigu du poumon (OAP) d'origine ischémique est une complication sévère des syndromes coronariens aigus (SCA) et son pronostic reste réservé.

déterminer les données épidémio-cliniques et évolutives des OAP ischémiques en réanimation.

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans un service de réanimation médicale durant une période de 18 mois (01/01/2024 au 30/06/2025), incluant les patients admis pour OAP ischémique retenu en présence d'un tableau d'une insuffisance cardiaque aigu associé à des douleurs angineuses, des troubles récents de la repolarisation à l'ECG et des troponines au-dessus du seuil coronarien (87,5 ng/l).

Nous avons colligé 30 patients d'un âge moyen de 66 ± 11 ans avec un genre-ratio= 1,85. Les principales comorbidités étaient une hypertension artérielle (66,7%), un diabète (56,7%), une coronaropathie connue (53,3%). Les étiologies étaient un syndrome coronarien aigu (SCA) avec sus décalage de ST chez 10 patients, un SCA sans sus décalage de ST chez 20 patients. L'échographie transthoracique a montré des pressions de remplissage élevée du ventricule gauche (VG) chez 10 patients, une veine cave inférieure (VCI) dilatée chez 13 patients et la VCI était non compliant chez 21 patients. Les troubles de la cinétique segmentaire étaient visibles à l'ETT chez 21 patients. La fraction d'éjection moyenne du VG était de $39 \pm 15\%$ Le taux médian des troponines était de 6275 [4033-26000] et le taux médian des BNP était de 738 pg/ml. Les thérapeutiques étaient une thrombolyse dans quatre cas et une angioplastie dans six cas. Les drogues vasoactives utilisées étaient la noradrénaline chez huit patients (26,7%) et la dobutamine chez quatre patients (13,3%). Les modalités ventilatoires utilisées étaient la ventilation mécanique chez huit patients (26,7%), la ventilation non invasive en mode VS-AI-PEP chez 16 patients (53,3%). La durée médiane du séjour était de cinq jours avec une mortalité de 33,3%.

L'OAP ischémique est un tournant décisif de la pathologie coronarienne il peut être grevé d'une lourde morbi-mortalité.

P 062 De la crise d'asthme au bloc auriculo-ventriculaire complet : une présentation inhabituelle de myocardite éosinophilique

Auteurs :

Oussema haddar (Haddaroussama13@gmail.com): Service de cardiologie Sfax CHU Hédi Chaker Sfax
Rania Ammar Zayani (rania.ammarzayani@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Dorra berkhaires* (dorraberkhaies@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Salma Charfeddine (selma_charfeddine@yahoo.fr): Service de cardiologie Sfax CHU Hédi Chaker Sfax .

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

La myocardite éosinophilique (ME) est une inflammation myocardique spécifique caractérisée par une infiltration d'éosinophiles. Rare, elle est souvent sous-diagnostiquée, sa présentation mimant fréquemment un syndrome coronarien aigu. Ses causes sont variées — hypersensibilité médicamenteuse, parasitose, syndrome hypereosinophilique idiopathique, ou encore pathologies

respiratoires chroniques telles que l'asthme. Sa reconnaissance précoce est essentielle compte tenu du risque élevé d'évolution vers une défaillance cardiaque.

Un homme de 54 ans, tabagique, asthmatique depuis 2011, a été hospitalisé pour une exacerbation sévère de son asthme nécessitant le recours à une ventilation non invasive puis une intubation. Durant l'hospitalisation, il a présenté une élévation de troponine (3900 ng/L) avec un bloc auriculoventriculaire complet paroxystique. L'échocardiographie a montré une hypokinésie basale, FEVG estimée à 45 %, épanchement péricardique modéré avec aspect hyperéchogène cédémateux de la paroi septale et latérale. Le diagnostic de NSTEMI a été évoqué en 1^{er} lieu, mais l'hyperéosinophilie périphérique (2010/mm³) a orienté le diagnostic. L'IRM cardiaque a confirmé la myocardite éosinophilique (rehaussement intramural patchy basal et transmural antérieur, T1-T2 mapping élevé). Le patient était mis sous corticothérapie 1 mg/kg/j avec amélioration échographique (régression de l'hypertrophie et de l'œdème).

La myocardite éosinophilique doit être évoquée devant tout tableau de SCA avec hyperéosinophilie. L'IRM cardiaque constitue un examen clé pour un diagnostic rapide et une prise en charge adaptée.

P 063 Charge cumulée en fluides à 72h et pronostic dans les états de choc

Auteurs :

T. Nefzaoui (nefzaouitayssir@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .
R. Gharbi (rimgharbi2008@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .
E. Zinelabidine (eyazine@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .
H. Nouira (nouirahajer@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .
M. Fekih Hassen (mohamed.fekihhassen1@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .
H. Ben SikAli (Habiba.sikali@hotmail.fr): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .
S. Elatrous (souheilatrous@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

L'administration précoce de fluides intraveineux est un pilier dans le traitement des états de choc. Une accumulation excessive de fluides à 48–72 heures est associée à une surmortalité, et une prolongation de durée de ventilation mécanique et de séjour

Déterminer l'impact d'une charge cumulative positive à 48-72H sur la mortalité à J28.

Etude analytique réalisée au service de réanimation médicale entre Septembre 2024 et septembre 2025. Les patients inclus admis en réanimation pour prise en charge d'un état de choc. Les paramètres analysés: les caractéristiques démographiques, les comorbidités, Les scores SAPSII, SOFA à (l'admission, J3, J7), mécanisme de l'EDC, la durée de recours aux drogues vasoactives, la charge cumulative de fluide à 72H, le recours à l'épuration extra rénale, la survenue d'infections nosocomiales, la durée de ventilation mécanique invasive et de séjour et la mortalité à J28. Deux groupes ont été individualisés selon la présence de charge cumulative (G1 et G2).

Durant la période d'étude, 54 patients d'âge moyen 65 ± 13 ans, et à prédominance masculine (61%) étaient inclus. Le score SAPSII était de 48 ± 15 . La charge de fluide cumulée à 72 H moyenne était à $3000 \text{ mL} \pm 1078 \text{ ml}$ et 57% des patients avaient une charge fluide positive. Le mécanisme des EDC est cardiogénique dans 70% et septique dans 26% des cas. La majorité des patients ont développé une insuffisance rénale (74%) avec recours à l'EER dans 33% des cas. Le score de SOFA à l'admission était de 8 ± 3 . La durée moyenne de VMI était de 13 ± 10 jours et la durée moyenne de séjour en réanimation était de 15 ± 13 jours. La mortalité à J28 était de 35%. En analyse univariée, les deux groupes selon la présence de charge cumulative étaient statiquement comparables concernant les caractéristiques démographiques, le SOFA(8 ± 3 vs 7 ± 2 ; p :0,7), l'évolution et la mortalité J28 (35,5% vs 34,5% ; p :0,9). Le groupe G1 avec une charge cumulative positive avait un SAPS II plus élevé que G2 (54 ± 16 vs 41 ± 13 ; p :0,02). En comparant le groupe des survivants et non survivants, Ce dernier avait un score de SAPSII est plus important (50 ± 7 vs 41 ± 13 ; p : 0,02et une durée de drogues vasoactives plus élevée (7 ± 5 vs 4 ± 3 p : 0.04. En analyse multivariée, la durée de drogues vasoactives est un facteur prédictif de mortalité chez les patients présentant un état de choc toutes causes confondues, [OR = 1,447 IC 1,062-1,971] ; P=0,02]

Notre travail montre que la présence d'une charge de fluide positive n'est pas un facteur prédictif de mortalité chez les patients présentant un état de choc hospitalisés en réanimation médicale.

P 064 The Use of Intraosseous Catheter in Emergency Medical Contexts

Auteurs :

Haifa Snoussi (Haifa.snoussi.fmsf@gmail.com): service des urgences Hopital regional Mahares .

Fedi ben Ali (fedibenali456@gmail.com): service des urgences Hopital regional Mahares .

Firas kessentini (firas.kessentini@medecinesfax.org): services des urgences Hopital regional Mahares .

Mariam Jmal (docteurmariamjmal@gmail.com): service des urgences Hopital regional Mahares .

Amal Samet (sametamal22@gmail.com): service des urgences Hopital regional Mahares .

The intraosseous catheter is an emergency peripheral vascular access used in situations of cardiac arrest or shock that threaten vital prognosis.

The aim of our study was to evaluate medical students' knowledge regarding the modalities of intraosseous catheter use, its indications, and its complications.

It was a descriptive cross-sectional study conducted among medical students who participated in a faculty training workshop. A two-part questionnaire (sociodemographic data and theoretical knowledge about the intraosseous catheter) was completed before and after the training workshop. An overall score out of 10 assessing theoretical knowledge was chosen as the main evaluation criteria.

Fifteen students were included. The mean age was 22.13 ± 2.85 years. The sex ratio was 0.36, with a clear female predominance. Most participants (86.7%) were students in the second cycle of medical studies. This was the first training session on intraosseous access placement attended by these students. The mean score before the training was 3.5 ± 1.2 , whereas after the training, all participants achieved good scores (score > 7) with an average of 8.33 ± 0.8 . The main deficiencies among participants concerned the catheter insertion sites, the insertion procedure, and possible complications. Attendance at the training was a factor significantly influencing knowledge improvement ($p = 0.008$). The main barrier reported was the lack of prior training ($n = 15$).

This study highlights the participants' lack of information and the strong link between training and theoretical knowledge level. Despite the small sample size, it emphasizes the need to extend such training to all medical students and healthcare professionals across hospitals

P 065 Expérience de l'anticoagulation au citrate en hémodiafiltration à travers trois cas cliniques

Auteurs :

Rania Hidri (rannouch.hidri6@gmail.com): réanimation médicale hopital Sahloul .

Hajer Zouari (hajerzouari6@gmail.com): réanimation médicale hopital Sahloul .

Rafla Ben Dabebiss (rafla_bendabebiss@hotmail.com): réanimation médicale hopital Sahloul .

Mariem Saadaoui (saadaoui.mariem97@gmail.com): réanimation médicale hopital Sahloul .

Abir Chihaoui (abirchihaoui123@gmail.com): réanimation médicale hopital sahloul .

Dhouha Belgacem (dhouhabelgacem@gmail.com): réanimation médicale hopital sahloul .

Salma Chouchène (zamitisalma92@yahoo.com): réanimation médicale hopital sahloul .

Mohamed Salem Kraoua (medsalemkraoua@gmail.com): réanimation médicale hopital sahloul .

Houcem Hmouda (houcem_hmouda@yahoo.com): réanimation médicale hopital sahloul .

En réanimation, l'anticoagulation en hémodiafiltration (HD) repose principalement sur deux molécules : l'héparine et le citrate. Nous présentons trois cas cliniques illustrant l'anticoagulation au citrate tout en précisant ses indications, ses bénéfices, ses difficultés, ainsi que ses complications potentielles.

Nous rapportons trois cas cliniques traités par hémodiafiltration avec anticoagulation au citrate. Le premier cas concerne une patiente de 65 ans, atteinte de vascularite à ANCA compliquée de lésions cérébrales et d'une insuffisance rénale chronique admise en réanimation pour détresse respiratoire aiguë secondaire à une surcharge hydrique. L'hémodiafiltration au citrate a été choisie en raison d'une thrombopénie sévère (50 000/µL) sans cause inflammatoire ni microangiopathie. La patiente a bénéficié de 3 séances prolongées totalisant 120 heures, bien tolérées, avec un maintien de la perméabilité du filtre et un contrôle efficace de la fonction rénale. Le 2ème cas concerne une patiente de 75 ans, aux antécédents d'AVC, admise pour une poussée d'IVG. L'hémodiafiltration a été indiquée devant une anurie. Elle présentait une thrombopénie modérée à 60 000/µL. La séance a été compliquée d'une AC/FA mal tolérée, nécessitant 2 cardioversions électriques. La séance a été arrêtée après 40 heures en raison d'un choc réfractaire. Le 3ème cas concerne une patiente de 80 ans, avec HTA, insuffisance rénale chronique et méningiome, admise pour EDC septique avec thrombopénie sévère. L'hémodiafiltration a été instaurée pour anurie, mais interrompue après 3 heures en raison d'une mauvaise tolérance hémodynamique. Dans nos observations, cette technique a été bien tolérée, sans complications hémorragiques, grâce à une surveillance rigoureuse du calcium et des paramètres métaboliques. Sa mise en œuvre a toutefois posé plusieurs défis logistiques, notamment liés à la disponibilité du citrate, à la configuration de l'appareil, et à l'application du protocole calcique.

L'hémodiafiltration au citrate offre de réels avantages, notamment une meilleure tolérance hémodynamique et un contrôle efficace de la coagulation. Cependant, elle nécessite une surveillance rigoureuse en raison de complications possibles, comme les troubles électrolytiques ou les déséquilibres acido-basiques.

P 66 AN INADVERTENT BOLUS OF NOREPINEPHRINE

Auteurs :

M.Zouari* (dr.m.zouari@gmail.com): Anesthesia and intensive care department Salah Azaiez Institute, Tunis .

E.Riahi (emna.riahi@etudiant-fmt.utm.tn): Anesthesia and intensive care department Salah Azaiez Institute, Tunis .

A.Kallel (Kallel.ahmed.med@gmail.com): Anesthesia and intensive care department Salah Azaiez Institute, Tunis .

M.Marzouk (mahmoud.marzouk@fmt.utm.tn): Anesthesia and intensive care department Salah Azaiez Institute, Tunis .

M.H.Messaoudi (hedibenteheba@gmail.com): Oncologic Surgery department Salah Azaiez Institute, Tunis .

Y.Ben Cheikh Brahim (yesminebcb@gmail.com): Oncologic Surgery department Salah Azaiez Institute, Tunis .

E.Mseddi (emnaaa.mseddi@gmail.com): Oncologic Surgery department Salah Azaiez Institute, Tunis .

H.Bouaziz (bouaziz.hanen@live.fr): Oncologic Surgery department Salah Azaiez Institute, Tunis .

T.Ben Dhiab (Tarek.bendhiab@yahoo.com): Oncologic Surgery department Salah Azaiez Institute, Tunis .

A.Dridi (doc_miro24@yahoo.fr): Anesthesia and intensive care department Salah Azaiez Institute, Tunis .

Accidental norepinephrine overdose is rare but potentially fatal. We report a postoperative case of inadvertent intravenous norepinephrine administration resulting in acute hemodynamic instability, transient myocardial dysfunction, and pulmonary edema, emphasizing the importance of prompt recognition and intensive management.

A 40-year-old woman with a history of multiple rectal resections for recurrent sigmoid adenocarcinoma underwent resection of a left anastomotic recurrence with left ureteral repair, colostomy, and ileostomy closure. On postoperative day 4, she inadvertently received an intravenous bolus of 4 mg norepinephrine instead of ondansetron. Within minutes, she developed acute chest pain, dyspnea, severe tachycardia (up to 183 bpm), hypertension (202/121mmHg), and oxygen desaturation (SpO₂ 85%). The infusion was immediately discontinued, and oral bisoprolol 5 mg was administered. ECG showed transient QRS widening and T-wave inversions. Serum troponin peaked at 1.5 ng/mL. Chest X-ray revealed bilateral pulmonary congestion. During the following hours, alternating hypertension and hypotension required controlled norepinephrine titration and supportive therapy. Non-invasive ventilation and intravenous diuretics were initiated. Echocardiography on day 3 demonstrated transient septal hypokinesia (LVEF 55%) with preserved right ventricular function. Hemodynamic parameters normalized within 48 hours, and serial follow-up confirmed complete recovery without sequelae. This iatrogenic catecholamine surge induced a pattern consistent with stress-related myocardial stunning, characterized by hypertensive crisis, tachyarrhythmia, and secondary pulmonary edema. Early identification and appropriate hemodynamic management prevented irreversible injury. Inadvertent intravenous norepinephrine administration can provoke acute but reversible cardiovascular and pulmonary dysfunction. Vigilant medication handling, rapid recognition, and prompt supportive therapy are crucial to prevent catastrophic outcomes.

P 67 EMBOLIE PULMONAIRE A HAUT RISQUE : SUCCES D'UNE THROMBOLYSE GUIDEES PAR L'ECHOGRAPHIE, A PROPOS D'UN CAS

Auteurs :

H.Ben Ahmed* (benahmedhedia@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès
S. Bellil (Bellil.samar@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès .
H. Mayoufi (houda.mayoufi20@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès .
R. Rajah (rihab1rajah@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès .
A. Ben Khalifa (atraabenkhalifa@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès .

L'embolie pulmonaire (EP) à haut risque est une urgence vitale associée à un risque élevé de mortalité. La thrombolyse systémique constitue le traitement de première intention. Nous rapportons un cas d'EP à haut risque traité avec succès par thrombolyse.

Une patiente de 46 ans, sans antécédents médicaux notables, a été admise en unité de soins intensifs pour une insuffisance respiratoire aiguë associée à des douleurs thoraciques. À l'admission, elle présentait une polypnée (35 cycles/min), une hypoxémie sévère (Saturation 76% à l'air ambiant, 92 % sous 15 L/min d'oxygène), une hypotension (TA 98/56 mmHg), une tachycardie (132 bpm), une turgescence jugulaire et des extrémités froides. Rapidement, un état de choc s'est installé (TA 76/32 mmHg, oligoanurie, lactate à 10 mmol/L). Une voie veineuse centrale fémorale a été posée, avec instauration de la noradrénaline à fortes doses associée à la dobutamine. L'ECG montrait une tachycardie sinusale. L'échocardiographie au lit objectivait une dilatation des cavités droites, une dysfonction ventriculaire droite, une HTAP estimée à 55 mmHg et un septum paradoxal. Les D-dimères étaient à 10 000 ng/mL, la troponine à 0,03 ng/L, et la radiographie thoracique sans anomalies. En raison de l'instabilité hémodynamique, l'angioscanner thoracique n'a pas pu être réalisé en urgence. Devant un tableau évocateur d'EP à haut risque, un pronostic vital engagé à court terme, et après discussion multidisciplinaire, une thrombolyse systémique (Actilyse 100 mg : 10 mg IV bolus puis 90 mg en perfusion sur 2 h) a été administrée, suivie d'un relais par héparine non fractionnée. Aucun événement hémorragique majeur n'a été observé. L'évolution était favorable avec amélioration rapide des paramètres hémodynamiques et respiratoires. L'angioscanner thoracique réalisé après stabilisation a confirmé une EP massive bilatérale. La durée du séjour en réanimation était de 48 heures.

La thrombolyse systémique est le traitement de référence de l'EP à haut risque. Elle permet une amélioration rapide du pronostic, mais le retard diagnostique, lié à l'instabilité de l'état du patient, peut en compromettre la mise en œuvre.

P 068 SYNDROME DE BRASH LIÉ À L'ASSOCIATION BÊTABLOQUANT ET VÉRAPAMIL

Auteurs :

Rihab Rajah (rihab1rajah@gmail.com): réanimation medicale Hôpital universitaire de Gabès .
Hedia Ben Ahmed (benahmedhedia@gmail.com): réanimation medicale Hôpital universitaire de Gabès.
Houda Mayoufi (houda.mayoufi20@gmail.com): réanimation medicale Hôpital universitaire de Gabès .
Samar Bellil (bellil.samar@gmail.com): réanimation medicale Hôpital universitaire de Gabès .
Atraa Ben khalifa (atraabenkhalifa@gmail.com): éanimation medicale Hôpital universitaire de Gabès .

Le syndrome de BRASH (Bradycardia, Renal failure, AV node blocker, Shock, Hyperkalemia) est une complication rare, souvent sous-diagnostiquée, caractérisée par l'association de bradycardie, insuffisance rénale aiguë, hyperkaliémie et traitement bradycardisant, pouvant entraîner un choc sévère.

Une patiente de 88 ans, hypertendue, diabétique sous antidiabétiques oraux, insuffisante cardiaque, insuffisante rénale chronique stade 4 et suivie pour fibrillation auriculaire (FA) permanente, a été admise pour état de choc. À l'examen, elle présentait un score de Glasgow à 11/15, une FA lente à 50 bpm, une hypotension à 60/30 mmHg, marbrures et une oligurie. L'interrogatoire a révélé une introduction récente de spironolactone 25 mg/j et de bisoprolol 2,5 mg/j. Elle recevait par ailleurs son traitement habituel comprenant l'Isoptine (vérapamil), le candésartan et le furosémide. La biologie montrait une aggravation de l'insuffisance rénale, une hyperkaliémie à 5,8 mmol/L et une acidose métabolique (pH 7,24 ; HCO_3^- 10 mmol/L ; lactate 7 mmol/L). Les autres causes de l'état de choc, notamment septique, cardiogénique, hypovolémique et anaphylactique, ont été exclues. L'association d'une bradycardie, d'une hyperkaliémie et d'une insuffisance rénale aiguë sous l'association de deux traitements bradycardisants a conduit au diagnostic de syndrome de BRASH. La prise en charge urgente a consisté en un remplissage prudent, la mise sous catécholamines, l'administration de gluconate de calcium et la correction rapide de l'hyperkaliémie. L'évolution a été favorable en 48 heures, avec stabilisation hémodynamique et reprise de la diurèse, permettant son transfert en service de cardiologie.

Ce cas souligne l'importance d'identifier précocement le syndrome de BRASH chez les patients âgés polymédiqués. La prise en charge rapide permet d'améliorer le pronostic vital.

P 069 MARQUEURS DE L'INFLAMMATION AU COURS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE ISCHÉMIQUE

Auteurs :

I.SEDGHIANI (sedghiani.ines@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
H.GALAI* (hounaidagalai@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
Y.GARBA (yesminegarbaa@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
I.KLAI (klaiimen@outlook.fr): Réanimation médicale habib thameur .
I.SDIRI (sdiri.ynes@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
A.SMIRI (ahmed.smiri950@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
N.BORSALI-FALFOUL (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): Réanimation médicale habib thameur .

Dans l'insuffisance cardiaque chronique, la diminution de la perfusion périphérique peut causer de multiples désordres au niveau vasculaire et l'inflammation sous-clinique contribue significativement à la progression de la maladie. Également, dans l'insuffisance coronaire, l'inflammation est un mécanisme clé dans le développement des plaques d'athérome. La valeur prédictive des marqueurs de l'inflammation n'est pas élucidée en phase aigüe notamment dans l'insuffisance cardiaque aigue ischémique (ICA-CS4)

Décrire les marqueurs biologiques de l'inflammation chez les patients hospitalisés pour ICA-CS4 ou pour choc cardiogénique ischémique.

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans un service de réanimation médicale durant une période de 18 mois (01/01/2024 au 30/06/2025), incluant les patients admis une insuffisance cardiaque aigue avec choc cardiogénique ischémique ou sans état de choc (ICA-CS4) associé à des douleurs angineuses, des troubles récents de la repolarisation à l'ECG et des troponines au-dessus du seuil coronarien (87,5 ng/l). Nous avons relevé les marqueurs de l'inflammation faits pendant les 24 premières heures.

Nous avons colligé 30 patients d'un âge moyen de 66 ± 11 ans avec un genre-ratio= 1,85. L'ICA-CS4 compliquait un SCA avec sus décalage de ST chez 10 patients et un SCA sans sus décalage de ST chez 20 patients. Douze patients étaient en état de choc cardiogénique. Les médianes des leucocytes étaient de 11500 éléments/mm³ [7735-14700], des neutrophiles de 7425 [5055-12000] éléments/mm³, des lymphocytes de 1620 éléments/mm³ [1047-2367] éléments/mm³, de la CRP de 12 mg/l et de la procalcitonine de 2,3 ng/ml. Le tableau I compare les marqueurs inflammatoires entre les deux formes de l'insuffisance cardiaque aigue ischémique.

L'insuffisance cardiaque aigue ischémique est fréquemment associée aux perturbations des marqueurs de l'inflammation.

P 070 ACUTE HEART FAILURE SECONDARY TO SCORPION ENVENOMATION IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT: A CASE REPORT

Auteurs :

Fatima Souhila BOUCHAMA (soulaone@yahoo.fr): Pediatric Anesthesiology and Intensive Care Medicine Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria, 3Pediatric Anesthesiology and Intensive Care Medicine, EHU Oran, Oran, Algeria .

Kamel ELHALIMI (elhalimi1@gmail.com): Pediatric Anesthesiology and Intensive Care Medicine Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria, 3Pediatric Anesthesiology and Intensive Care Medicine, EHU Oran, Oran, Algeria .

Siham SI MERABET (DRT@TH): Pediatric Anesthesiology and Intensive Care Medicine Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria, 3Pediatric Anesthesiology and Intensive Care Medicine, EHU Oran, Oran, Algeria .

Zakaria Addou (DS@OP): Pediatric Anesthesiology and Intensive Care Medicine Children's Hospital of Canastel, Oran, Algeria, 3Pediatric Anesthesiology and Intensive Care Medicine, EHU Oran, Oran, Algeria .

The severity of scorpion envenomation can caused a cardiac dysfunction, with pulmonary edema and / or a shock. It is a serious health problem because it causes deaths, especially if it's not managed adequately

Our aim is to describe mechanism of myocarditis and how to manage it?

We describe a case of a 4 year old boy, hospitalized in a pediatric intensive care unit (PICU) with acute heart failure secondary to envenomation.

He was victim of a bite from a yellow scorpion at the level of the toe of the left foot. In pediatric ward, the child was hypothermic, agitated and vomiting. He received the antiscorpic serum , analgesic and corticosteroid . 12 hours later he presented respiratory distress and was transferred to PICU. He was agitated, polypneic and desaturated (SpO₂ 51% under 10 l / min O₂) with crackles on pulmonary auscultation. Blood pressure was 110 / 65 mmhg, tachycardia, Capillaries Refill Time > 5 seconds, chest x-ray shown pulmonary oedema and on echocardiography: appearance of adrenergic myocarditis with Fraction ejection (Fe) : 25%. Laboratory finding shown: troponin 4.7179, Natriuritic pro BNP2> 25000 . A non-invasive ventilation was maintained 7 hours and hemodynamic support type Dobutamine 8 μ / Kg / min for 8 days and Noradrenaline 1.2 μ / Kg / min for 10 days with diuretic. The outcome was favorable.

Myocarditis is one of the cause of death from severe scorpion envenomation. A rapid management with a Better knowledge of it severity may improve the outcome

P 071 MEFENAMIC ACID-INDUCED ACUTE PANCREATITIS: A CASE REPORT

Auteurs :

S. Jerbi (jerbi_salma@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
A. Abdellatif* (arijabdellatif6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
D. Dlensi (dorsafdlensi89@outlook.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
M. Smaoui (smaoui.mariem5@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
A. Guizani (guizani.amel@icloud.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
E. Borni (emna98.borni@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F. Zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
R. Allala (rania.allala@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F. Medhioub (fatma_kaaniche@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

Drug-induced pancreatitis (DIP) is rare, accounting for 0.1–2% of acute pancreatitis cases. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are uncommon triggers, and reports of mefenamic acid-induced pancreatitis are extremely limited.

We report a 34-year-old male with no prior medical history who was admitted to the ICU following a suicidal ingestion of 10 pills of mefenamic acid tablets (2250mg). Initially presenting with toxic coma and infraclinical seizures, he was sedated and treated with anticonvulsants (levetiracetam and valproate). Four days post-ingestion, he developed vomiting and abdominal discomfort. Laboratory evaluation revealed elevated lipase (650 IU/L) and amylase (386) IU/L. Abdominal ultrasound excluded gallstones, and CT scan confirmed acute pancreatitis stage B of Baltazar. Other causes of pancreatitis, including alcohol use, hypertriglyceridemia, hypercalcemia, and infection, were ruled out. The patient was managed with hydration and paracetamol for pain, with full supportive ICU care. He was extubated after 15 days and recovered without recurrence. Causality assessment using the Naranjo scale (score 6) and WHO–UMC criteria classified this reaction as probable.

Mefenamic acid can induce acute pancreatitis, particularly following overdose. Clinicians should consider drug history in unexplained cases of pancreatitis. Early recognition and withdrawal of the offending agent are essential for favorable outcomes.

P 072 CASE REPORT: MIXED POISONING (ORGANOPHOSPHATE AND LAMOTRIGINE) IN A 5-YEAR-OLD CHILD

Auteurs :

G.Marzougui* (ghada.marzougui@etudiant-fmt.utm.tn): urgence Habib Bourguiba Sfax .
R.Elmahjoub (mahjoub.roua99@gmail.com): urgence Habib Bourguiba Sfax .
H.Affes (houssemaffes@gmail.com): SAMU04 SAMU04 .
A.Chaari (Chaariadel@medecinesfax.com): SAMU04 Samu04 .

Mixed poisoning with organophosphates and medications in children is rare and potentially life-threatening. Rapid recognition and timely prehospital and in-hospital interventions, including airway management, atropinization, and intensive care, are critical to prevent severe neurological and cardiopulmonary complications.

A 5-year-old girl accidentally ingested one tablet of lamotrigine (50 mg) and an unknown quantity of pesticide powder, suspected organophosphate. Shortly after ingestion, she experienced two seizures

and a fall with frontal impact, without initial loss of consciousness, followed by low-volume vomiting. Upon prehospital arrival, she was unconscious (GCS 8/15, deteriorating to 3/15), with bradycardia (40 bpm), bilateral pinpoint pupils, tremors, frothing, and oxygen saturation of 98% on room air. Rapid prehospital intubation was performed due to neurological and respiratory compromise. At the hospital, gastric lavage retrieved 3L of food-mixed content. Atropinization was initiated with a 400 mg bolus followed by 200 mg/h infusion. Brain and cervical CT scans revealed no structural abnormalities. Sedation and mechanical ventilation (FiO_2 30%, SpO_2 99%) were maintained. ECG showed sinus tachycardia with prominent R waves in V1–V2. The patient exhibited muscarinic (myosis, vomiting, bradycardia), nicotinic (muscle weakness, respiratory failure), and CNS (coma, seizures) syndromes. Hypertension stabilized after atropine. By day 3, she demonstrated neurological improvement and was extubated. Laryngeal stridor and bilateral crackles were managed with adrenaline nebulization and furosemide. Persistent tachycardia was controlled with magnesium, and aspiration pneumonia treated with antibiotics. She was discharged home on day 5 without neurological sequelae. Early prehospital intubation, gastric decontamination, atropinization, and intensive monitoring were pivotal to favorable recovery. This case emphasizes the importance of vigilant neurological and respiratory follow-up due to potential delayed complications in pediatric mixed organophosphate and drug poisoning.

P 073 BRADYCARDIE SINUSALE INDUITE PAR LE VALPROATE DE SODIUM : A PROPOS DE TROIS CAS

Auteurs :

S. Jerbi (jerbi_salma@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
E. Borni* (emna98.borni@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
D. Dlensi (dorsadlensi89@outlook.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F. Zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
I. Dahech (inesdahech23@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
A. Abdellatif (arijabdellatif6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
M. Smaoui (smaoui.mariem5@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
R. Allala (rania.allala@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F. Medhioub (fatma_kaaniche@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

La bradycardie constitue une manifestation cardiovasculaire rare sous valproate de sodium (Dépakin®). Malgré son utilisation fréquente, ses effets indésirables cardiaques restent peu documentés. Nous rapportons trois observations illustrant la difficulté du diagnostic dans ce contexte.

Nous rapportons trois cas de patients de sexe masculin âgés de 13, 40 et 47 ans, hospitalisés pour état de mal épileptique et traités par valproate de sodium intraveineux (1000 à 1200 mg/j). Dans tous les cas, une bradycardie sinusale (33–50 battements/min), parfois associée à une hypotension, est survenue dans les 24 à 72 heures suivant l'initiation du traitement. Le bilan biologique a montré l'absence de troubles hydroélectrolytiques significatifs, un bilan thyroïdien normal et aucune exposition concomitante à des traitements bradycardisants. L'échocardiographie cardiaque était normale. Dans les trois situations, l'arrêt du valproate a conduit à une normalisation progressive de la fréquence cardiaque dans les 24 heures. L'évaluation de causalité selon l'échelle de Naranjo et les critères de l'OMS–UMC a conclu à une relation probable entre l'administration intraveineuse de valproate de sodium et la survenue d'une bradycardie sinusale chez les trois patients.

La bradycardie induite par le valproate de sodium reste un effet indésirable exceptionnel, mais doit être reconnue. Ces cas soulignent l'importance de la surveillance clinique et électrocardiographique.

P 074 intoxication au DATURA à propos de trois cas

Auteurs :

DEKHAKHNA ADEL (adeldekha@gmail.com): services des urgences Hopital de Bouchegouf Guelma,Algérie. .

Le Datura stramonium est une plante herbacée répandue dans le monde entier. Il est connu des toxicomanes pour ses vertus hallucinogènes et est utilisé le plus souvent per os. L'intoxication réalise un syndrome anticholinergique à symptomatologie essentiellement neuropsychique avec mydriase bilatérale aréactive constante, lié à la présence d'alcaloïdes (atropine, scopolamine et hyoscamine). Suspecté par l'interrogatoire, le diagnostic est confirmé par les dosages sanguins et urinaires des différents alcaloïdes.

Observation Nous rapportons le cas d'une intoxication accidentelle collective à Datura stramonium, dans la région de bouchegouf. Trois enfants consomment comme épinards sauvages et les partagent sous forme de plante entre eux. Une heure après, les deux enfants présentent des troubles neurologiques. Ramenés aux urgences : les patients sont en mydriase bilatérale, avec des troubles de la conscience, hallucinations, agitation. Le troisième ramené aux urgences par ses parents une demi-heure après, une hospitalisation ; et une observation et monitoring pendant 48 heures ; un bilan d'urgence Une évolution favorable avec sortie normale, Discussion La toxicité de D. stramonium est due aux trois alcaloïdes contenus dans la plante (atropine, scopolamine et hyoscamine). Ces alcaloïdes sont à l'origine d'un syndrome anticholinergique central et périphérique lié au blocage réversible des récepteurs muscariniques de l'acétylcholine. Le syndrome central inclut confusion, agitation, anxiété et hallucination. À forte dose, des convulsions et un coma avec des signes pyramidaux sont observés. Le syndrome périphérique associe flush cutané, sécheresse cutanéomuqueuse, diminution des sécrétions salivaires sudorales et bronchiques, tachycardie, hypertension artérielle et hyperthermie. À forte dose, apparaît une détresse circulatoire et respiratoire. Une mydriase bilatérale aréactive est constamment associée. La scopolamine majore en intensité et en durée les effets dépresseurs des autres alcaloïdes sur le système nerveux central. Par ailleurs, le Datura (D. stramonium) fait aussi l'objet de confusions alimentaires, avec d'autres plantes comme les épinards, la salade.... Les feuilles, les racines et les graines peuvent être mâchées, consommées en infusion ou même fumées. Le mode de consommation était feuilles et racines mâchées pour les trois cas. Le diagnostic positif est souvent difficile. Néanmoins, c'est le plus souvent l'interrogatoire de l'entourage qui permet le diagnostic. Le diagnostic différentiel est celui de troubles du comportement associé à une mydriase bilatérale. Dans de nombreuses observations, le bilan débute par une imagerie cérébrale afin d'éliminer un processus intracérébral (AVC ischémique ou hémorragique) qui est parfois complété par une ponction lombaire. Dans notre observation le contexte collectif et un simple regroupement syndromique fait suspecter l'intoxication au Datura. Le traitement est symptomatique et se conduit en milieu hospitalier en raison du risque auto ou hétéroagressif. Il associe une anxiolyse par un psychotrope dénué de propriétés anticholinergiques (en général des benzodiazépines) et une réhydratation intraveineuse. Certains auteurs recommandent un traitement épurateur par lavage gastrique ou charbon activé même tardif en raison du ralentissement du transit digestif induit par l'intoxication. En pratique, sa réalisation est souvent délicate chez ces malades agités. Si l'intubation oro-trachéale s'avère nécessaire, les curares dépolarisants de type succinylcholine sont classiquement contre-indiqués. Comme nous l'avons observé, l'évolution de ces intoxications sous traitement symptomatique est le plus souvent favorable en 24 à 48 h.

Les intoxications au Datura sont assez fréquentes et peu connues des médecins urgentistes Habituellement, les intoxications à Datura stramonium ont lieu dans un contexte de prise volontaire de graines chez des adolescents dans un but récréatif. Ces cas accidentels montrent le risque toxique de cette plante et que ce tableau clinique de syndrome anticholinergique soit connu des médecins afin d'évoquer rapidement le diagnostic

P 075 Une forme particulière de l'intoxication aux paraphénylénediamines

Auteurs :

A.Dammak* (abirdammakg@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
N.Baccouch (baccouch.najeh@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
M.Assaguem (malekassaguem@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
I.Dahech (inesdahech23@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
F.Kessentini (Firas.kessentini@medecinesfax.org): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
Y.Ben Taher (yoser.bentaher@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
M.Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
C.Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .

L'intoxication aigue par la paraphénylé diamine (PPD), substance minérale utilisée comme teinture capillaire, est associé à une mortalité élevée. Le tableau clinique comporte un œdème cervico-facial qui est dans la plupart des cas le motif de consultation aux urgences associé à une rhabdomyolyse aiguë sévère. Cependant, certaines intoxications ont une présentation atypique.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 54 ans, avec comme antécédent une intoxication aux organophosphorés, admis aux urgences pour lourdeur des membres inférieurs après ingestion volontaire de paraphénylénediamine (PPD). À l'admission, il était conscient et stable sur le plan respiratoire et hémodynamique. Le bilan initial objectivait une hyperkaliémie sévère (6,8 mmol/L) compliquée d'un bloc de branche droit complet, une insuffisance rénale aiguë (urée 9,5 mmol/L, créatinine 187 µmol/L), une rhabdomyolyse massive (CPK 112 300 UI/L) et une cytolysé hépatique importante (ASAT 4071 UI/L, ALAT 1219 UI/L). L'évolution a été marquée par la survenue d'un œdème aigu pulmonaire confirmé cliniquement (présence de râles crépitants bilatérales) et échographiquement (PRVG élevées avec VCI dilatée non compliant), ayant motivé un traitement par diurétiques et le transfert en réanimation. Par ailleurs l'examen clinique n'a pas objectivé d'œdème cervico-faciale avec des voies aériennes supérieurs libres. L'état respiratoire s'est amélioré après traitement initial associant oxygénotherapie et diurétiques sans recours à l'intubation et la ventilation mécanique. Toutefois, l'évolution de la fonction rénale a été défavorable, marquée par l'installation d'une oligo-anurie et l'aggravation de l'insuffisance rénale aiguë (urée 17,9 mmol/L, créatinine 564 µmol/L), imposant le recours à trois séances d'hémodialyse. L'évolution ultérieure a montré une reprise progressive de la diurèse, une amélioration nette de la rhabdomyolyse ainsi qu'une régression de la cytolysé hépatique. Avec absence toujours d'œdème cervico-faciale. Le patient a été transféré au service de néphrologie pour une prise en charge spécialisée.

L'absence d'œdème cervico-facial chez ce patient explique en partie l'évolution favorable de son état. Puisque lors de l'intoxication aux PPD, cet œdème est responsable d'une détresse respiratoire asphyxique nécessitant une intubation trachéale en urgence voire même la pratique d'une trachéotomie de sauvetage lorsqu'il est avancé.

P 076 Survie exceptionnelle après une encéphalopathie hépatique fulminante secondaire à une intoxication massive au paracétamol

Auteurs :

Mariem Rékik* (maryemrekik123@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .
Rania Ammar Zayani (rania.ammarzayani@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .
Rania Sassi (ran.sassi@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .
Abir Dammak (abirdammakg@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

L'intoxication au paracétamol est l'une des causes les plus fréquentes d'hépatite aiguë fulminante. Elle peut évoluer vers une encéphalopathie hépatique sévère et une défaillance multiviscérale, souvent fatale sans transplantation hépatique. Nous rapportons le cas d'une jeune femme ayant survécu à une forme fulminante grâce à une prise en charge intensive multidisciplinaire.

Il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans, admise en réanimation pour altération de la conscience après ingestion massive de paracétamol à visée suicidaire. Le bilan biologique montrait une cytolysé hépatique majeure, une insuffisance hépatocellulaire profonde (TP < 20 %, une ammoniémie très élevée à 410 µmol/L, témoignant d'une altération sévère du métabolisme hépatique de l'ammoniac) et une insuffisance rénale aiguë. L'évolution était marquée par l'installation rapide d'une encéphalopathie hépatique de grade IV, compliquée d'un état de choc septique et d'une détresse respiratoire aiguë nécessitant le support intensif multidisciplinaire incluant la ventilation mécanique, le support vasopresseur, l'optimisation hémodynamique et métabolique et la prévention de l'hypertension intracrânienne permettant de maintenir la perfusion hépatique et cérébrale jusqu'à la régénération hépatique et une amélioration neurologique complète sans recours à la transplantation.

Ce cas souligne que, malgré une présentation initiale grave avec une encéphalopathie de grade IV et une défaillance multiviscérale, une récupération complète reste possible lorsque le support d'organe est optimal.



P 077 Intoxication au méthanol révélée par un arrêt cardiorespiratoire chez un jeune adulte : à propos d'un cas

Auteurs :

maryem rekik (maryemrekik123@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Sabrine Bradai (sabrine.brada12@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

yosr ben taher (yoser.bentaher@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Malek Essaguem (malekassaguem@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

kamilia Chtara (kamilia.chtaraelaoud@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

L'intoxication au méthanol constitue une urgence rare mais grave, responsable de manifestations neurologiques, ophtalmologiques et métaboliques. Son diagnostic peut être retardé en cas de présentation atypique ou tardive.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 20 ans, sans antécédents particuliers, admis aux urgences pour une altération brutale de la conscience suivie d'un arrêt cardiorespiratoire de 20 minutes, nécessitant une réanimation cardiopulmonaire avancée. Le scanner cérébral et le bilan biologique standard étaient normaux. L'évolution a été marquée par son transfert en réanimation à J7. Devant ce tableau inexpliqué d'arrêt cardiorespiratoire, un bilan toxicologique a été réalisé, mettant en évidence la présence de méthanol dans le sang et les urines. Devant l'absence de réveil, une IRM cérébrale a été demandée, montrant un hypersignal des nerfs optiques, renforçant l'hypothèse d'intoxication au méthanol. Nous n'avons pas eu recours à la dialyse en raison de l'absence d'acidose métabolique et d'insuffisance rénale. L'évolution a été marquée par un séjour prolongé d'un mois avec recours à la trachéotomie, suivi d'un sevrage progressif, puis d'une sortie à domicile en ventilation spontanée sur canule, dans un état végétatif.

Cette observation illustre la gravité potentielle de l'intoxication au méthanol, pouvant se manifester par un arrêt cardiorespiratoire inaugural. Le diagnostic repose sur la recherche systématique de toxiques devant tout coma inexpliqué. Une reconnaissance et une prise en charge précoces sont essentielles pour améliorer le pronostic neurologique et vital.

P 078 Rhabdomyolyse sévère induite par l'association prégalbaine-alcool

Auteurs :

Ilhem Errokh (Errokhines@gmail.com): 1Service de réanimation médicale de Zaghouan 2Faculté de médecine de Tunis, Université Tunis El Manar hopital régional de Zaghouan .

Boudour Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): 1Service de réanimation médicale de Zaghouan 2Faculté de médecine de Tunis, Université Tunis El Manar hopital régional de Zaghouan .

Najla Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): 1Service de réanimation médicale de Zaghouan 2Faculté de médecine de Tunis, Université Tunis El Manar hopital régional de Zaghouan .

Khaoula Ben Ismail (khaoula.benismail@gmail.com): 1Service de réanimation médicale de Zaghouan 2Faculté de médecine de Tunis, Université Tunis El Manar hopital régional de Zaghouan .

Molka Ben Nessib (molkabennessib@gmail.com): 1Service de réanimation médicale de Zaghouan 2Faculté de médecine de Tunis, Université Tunis El Manar hopital régional de Zaghouan .

Hiba Bouchallouf (hiba.bouchallouf@etudiant-fmt.utm.tn): 1Service de réanimation médicale de Zaghouan 2Faculté de médecine de Tunis, Université Tunis El Manar hopital régional de Zaghouan .

Fatma Essafi (essafifatma1302@gmail.com): 1Service de réanimation médicale de Zaghouan 2Faculté de médecine de Tunis, Université Tunis El Manar hopital régional de Zaghouan .

Takoua Marahbene (takouamg@yahoo.fr): 1Service de réanimation médicale de Zaghouan 2Faculté de médecine de Tunis, Université Tunis El Manar hopital régional de Zaghouan .

La rhabdomyolyse est une complication bien connue de diverses toxines, mais son association à la prégalbaine et à l'éthanol demeure exceptionnelle, conférant à ce cas un intérêt particulier quant à la compréhension de leurs effets myotoxiques synergiques en réanimation.

Un homme de 36 ans, sans antécédents pathologiques connus, a été admis en réanimation après un accident de la voie publique. À l'admission, il présentait une haleine alcoolique, un score de Glasgow à 6/15, abolition des réflexes et mydriase aréflective, nécessitant une intubation et ventilation mécanique invasive. Le patient était stable hémodynamiquement. Le bilan lésionnel montrait au niveau cérébral une hémorragie méninée, sans lésions périphériques associées. Les analyses biologiques initiales révélaient une élévation modérée des enzymes musculaires, suivie d'une augmentation rapide durant l'hospitalisation, traduisant une rhabdomyolyse sévère sans insuffisance rénale. L'évolution des enzymes musculaires est présentée dans la figure ci-dessous. L'hypothèse d'une myopathie toxique a été retenue devant l'absence d'écrasement musculaire, de myopathie endocrinienne ou de choc prolongé. La consommation concomitante de prégalbaine et d'alcool, confirmée par le bilan toxicologique, orientait vers une cause médicamenteuse. Une hyperhydratation intensive précoce a été mise en place, avec surveillance rapprochée des électrolytes et de la fonction rénale, restée normale. La biopsie musculaire montrait une suffusion hémorragique sans nécrose ni infiltrat inflammatoire, compatible avec une myopathie toxique. L'évolution a été favorable, avec régression progressive des CPK et sortie du service au 12^e jour. La prégalbaine, analogue du GABA, potentialise les effets dépresseurs de l'alcool sur le système nerveux central et peut induire une toxicité musculaire directe. Ce cas souligne l'importance de reconnaître cette toxicité musculaire liée à l'association prégalbaine-alcool, rare mais grave.

La prégalbaine, rarement myotoxique, voit son effet potentialisé par l'alcool, notamment par la perturbation de la perméabilité membranaire musculaire et le stress oxydatif. Cela souligne l'importance d'envisager des causes toxiques de la rhabdomyolyse chez les polytraumatisés avec élévation inexpliquée des CPK.

P 079 SYNDROME CORONARIEN AIGUE SUITE A UNE ENVENIMATION VIPERINE : UNE OBSERVATION RARE MAIS GRAVE

Auteurs :

M.Kharrat (kharratmalek1@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

A.Ben Jazia (amira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

N.ALoui* (alouinada19@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

C.Tlaies (chaimatlaies@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

A.Azaza (asmaazaza8@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

H.Ben Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimaton médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

N.Brahmi (nzh.brahmi@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

L'envenimation vipérine peut provoquer des complications systémiques graves principalement d'ordre hématologique, cependant l'atteint cardiaque reste rare. Nous rapportons un cas de syndrome coronarien aigue suite à une envenimation vipérine compliqué d'un état de choc cardiogénique

Il s'agit d'une patiente de 68 ans, diabétique et porteuse d'une artérite obliterant des membres inférieurs, admise en réanimation suite à une envenimation vipérine stade 3. La morsure, localisée à la face interne de la cuisse droite, a été suivie d'un garrot d'une durée de 30 minutes. A l'examen initial elle présentait une hypotension à 90/60mmHg, un pouls à 90bpm et une thrombopénie à 56000e/mm3. À H10 elle a été transférée en soins intensifs où elle était somnolente, algique (EVA 6/10), en état de choc avec pression artérielle à 70/39mmHg et un pouls à 55bpm nécessitant l'introduction de la noradrénaline. Les enzymes cardiaques étaient initialement normales (troponine=8,9ng/mL, CPK=45UI/L) associés à une insuffisance rénale aigue oligurique. Après deux jours d'hospitalisation, la patiente a présenté des épigastralgies et vomissements. La cinétique des troponines était à la hausse à 626ng/mL. L'éléctrocardiogramme a montré une tachycardie sinusale, onde Q de nécrose antéroseptale et des ondes T négatives dans le territoire inférieur. L'échocardiographie transthoracique a montré une FEVG moyennement altérée à 45%, une hypokinésie globale, l'ITV sous aortique=13cm. L'IRM cardiaque retrouvait une hypokinésie inférieure sans rehaussement tardif ni cédème en rapport avec une ischémie myocardique et éliminait une myocardite aiguë. Le diagnostic de syndrome coronarien aigue compliqué d'état de choc cardiogénique a été retenu. Sur le plan local, persistance d'un saignement avec constitution d'un hématome au niveau de la cuisse. La patiente a reçu au total trois doses de sérum anti-vipéren. L'évolution ultérieure a été favorable avec correction des anomalies biologiques et transfert en cardiologie.

Ce cas illustre la sévérité potentielle des envenimations vipérines, notamment chez les patients à risque. La complication cardiogénique, bien que rare, doit être suspectée précocement pour éviter tout retard de prise en charge et améliorer la survie des patients.

P 080 SYNDROME DE LOGE DU MEMBRE SUPERIEUR REVELANT UNE INTOXICATION AIGUE : OBSERVATION EXCEPTIONNELLE

Auteurs :

M.Kharrat (kharratmalek1@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

A.Ben Jazia (amira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .
I.Touti* (islemtouti7@gamil.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .
N.Aloui (alouinada19@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .
A.Azaza (asmaazaza8@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .
H.Ben Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimaton médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .
N.Brahmi (nzh.brahmi@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

Le syndrome de loge est une complication rare mais grave mettant en jeu le pronostic fonctionnel du membre nécessitant un diagnostic précoce. Nous rapportant le cas d'un syndrome de loge du membre supérieur survenant dans un contexte d'intoxication au chloralose.

Une patiente de 35 ans, suivie pour syndrome dépressif majeur et asthme mal contrôlé consulte les urgences pour impotence fonctionnelle du membre supérieur droit. Elle rapporte que deux jours auparavant, elle avait ingéré volontairement dans un but d'autolyse un raticide. La patient aurait perdu connaissance, allongée sur l'hémicorps droit. A l'examen, elle est consciente et stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. L'avant-bras droit était tendu, chaud, douloureux, présentant des phlyctènes et attitude en griffe associées à une impotence fonctionnelle et paresthésies. A la biologie présence de rhabdomolyse(CPK =9400 UI/L). La recherche de toxiques a confirmé la présence de chloralose dans les urines. Un syndrome de loge du membre supérieur droit est suspecté. La patiente a bénéficié en urgence d'une aponévrotomie de décharge. En peropératoire, elle présente des spasmes bronchiques sévères compromettant son extubation immédiate en post opératoire. Elle a été extubée à J02 de prise en charge après avoir maîtrisé les bronchospasmes. Par ailleurs, les suites opératoires immédiates étaient simples avec régression des paresthésies cependant, l'impotence fonctionnelle persiste. La patiente a été mise sortante à J04 de prise en charge avec un suivi en orthopédie. Le syndrome de loge secondaire au décubitus prolongé représente une complication exceptionnelle des intoxications non prise en charge à temps. Dans ce cas, l'intoxication au chloralose qui est un toxique fonctionnel entraînant un coma réversible était le facteur déclenchant. La rhabdomolyse et l'examen clinique ont permis un diagnostic rapide et une prise en charge chirurgicale urgente, déterminante pour le pronostic fonctionnel du membre.

Ce cas illustre l'importance de la surveillance des patients intoxiqués, même en phase de récupération, afin de dépister précocelement les complications liées au décubitus prolongé comme le syndrome de loge qui constitue une urgence chirurgicale afin de préserver le membre.

P 081 SUCCESSFUL MANAGEMENT OF A LIFE-THREATENING CARDIOGENIC TOXIC SHOCK

Auteurs :

H. Zorgati1 (zorgati.hend@yahoo.fr): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .
I. Abaidi1* (ichrakabaidi99@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .
Z. Mahjoubi1 (zainebslaheddine@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .
A. Mansouri1 (asmamansouri098@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .
D. Ben Braiek1 (bbraiek.dhouha@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .

J. Ayachi1 (ayachijihen@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .

Acute poisoning with antihypertensive treatments can lead to potentially fatal effects such as hypotension, vasodilatation and multiple organ failure and death. Given the severity of the condition, it is crucial to highlight the importance of recognizing this intoxication.

It's about a 17-year-old patient without past history who was brought to the emergency department for an intentional intoxication 18 hours after the ingestion of an unknown dose of several antihypertensive treatments (verapamil LP 240 mg, losartan 100 mg and nebivolol 5 mg). Vital signs at admission were: blood pressure 80/50 mmHg, heart rate 100 bpm, cold extremities and she was agitated. The transthoracic echocardiography (TTE) was normal and the laboratory investigations revealed metabolic acidosis (ph: 7.23, HCO3-: 7.5mmol/L) without other abnormalities. She received intravenous fluids, norepinephrine and sodium bicarbonate and she was transferred to the intensive care unit. The evolution was marked by the worsening of her status: hypotension, 70/30 mmHg, sinus bradycardia at 50bpm, oliguria, drowsiness and polypnea, requiring mechanical ventilation and the increase of norepinephrine doses' up to 20mg/h. Initially she received atropine and isoprenaline without improvement. Then dobutamine was introduced up to 10 gamma/kg/h. A control TTE (under dobutamine) showed Left ventricular ejection fraction at 55%, without left ventricule segmental or global wall motion abnormalities and with a normal right ventricle. Clinical improvement was observed and the patient was weaned off norepinephrine after 4 days and dobutamine after 5 days. She was extubated and she was discharged on the 6th day of hospitalization.

The combination of calcium channel blockers, Angiotensin II receptor blockers and beta blocker drugs poisoning are rare but can be a life-threatening. An early and symptomatic management can improve outcomes. The challenge consisted in identifying the causative agent of intoxication.

P 082 UNINTENTIONAL BACLOFEN INTOXICATION IN A CHRONIC RENAL FAILURE PATIENT, A CASE REPORT

Auteurs :

H. Zorgati1 (zorgati.hend@yahoo.fr): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .

I. Abaidi1* (ichrakabaidi99@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .

H. Sfar1 (dr.sfar.haifa@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .

A. Mansouri1 (asmamansouri098@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .

D. Ben Braiek1 (bbraiek.dhouha@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .

Z. Mahjoubi1 (zainebslaheddine@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .

J. Ayachi1 (ayachijihen@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .

Baclofen is an agonist of GABA receptor which is widely used to treat muscle spasticity. Renal failure can lead to baclofen toxicity that can lead to drowsiness, headache, altered mental status, respiratory depression, arrhythmia and hypotension.

A 66-year-old female patient who had a past medical history of neurogenic bladder managed with baclofen 30mg/day since one month and chronic renal failure. She presented to the emergency department for vomiting and headache then an altered of mental status. She had no fever, GCS at 10 without other neurological signs, hemodynamic and respiratory status were stable. Electrocardiogram

found a diffuse flat T waves. Cerebral CT was normal. Blood test results showed acute renal failure (urea: 31.1 mmol/L, creatinine: 659 μ mol/L, kalemia: 6.2 mmol/L, natremia: 152 mmol/L, glycemia: 0.8g/L and ABG (Ph: 7.15, HCO3-: 5.9 mmol/L, PaCO2: 16mmHg). She received Insulin/Glucose for hyperkaliema then she required an urgent hemodialysis. The patient's mental status worsened with GCS at 5 requiring mechanical ventilation and sedation. She received norepinephrine for hypotension. She was transferred to the intensive care unit (ICU). Laboratory investigations found creatinine: 436 μ mol/L, kalemia: 3.3 mmol/L and ABG: Ph: 7.28, HCO3-: 11 mmol/L, PaCO2: 25mmHg. A renal ultrasound and an abdominal CT scan were performed, ruling out the presence of an obstruction and showing left renal hydronephrosis and a right kidney with chronic nephropathy and dilatation without obstruction. A urine culture isolated Escherichia coli and the patient received Cefotaxime. A lumbar puncture was normal. The baclofen intoxication was suspected. After 4 days, the sedation was withdrawn and the patient was conscious, calm without neurological signs. She was extubated after 7 days after ICU admission. She had oliguria requiring Furosemide. She was discharged after 10 days in front of good evolution.

The baclofen intoxication is rare. Chronic renal failure is a risk factor to baclofen accumulation even at normal doses, which can be a life-threatening. Physicians should be aware of the need to adjust doses in these patients.

P 083 MYOCARDITE AIGUE : COMPLICATION REDOUTEE DES ENVENIMATIONS SCORPIONIQUES

Auteurs :

M.Kharrat (kharratmalek1@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

A.Ben Jazia (amira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

A.Ben Messaoud* (b.messaoud.amani@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

C.Tlaies (chaimatlaies@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

A.Azaza (asmaazaza8@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

H.Ben Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimaton médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

N.Brahmi (nzh.brahmi@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

L'envenimation scorpionique reste fréquente dans notre pays. Les manifestations cliniques peuvent varier des formes bénignes limitées à des signes locaux jusqu'aux atteintes systémiques graves. L'atteinte cardiaque est redoutable pouvant mettre en jeu le pronostic vital avec risques de séquelles ultérieures.

Nous rapportons le cas d'un adolescent de 16 ans, sans antécédents, admis suite à une envenimation scorpionique au niveau du quatrième doigt. L'examen initial était normal. À la 6^e heure d'évolution, il a présenté des frissons, des sueurs, un érythème local et un priapisme. Sur le plan hémodynamique une hypertension artérielle à 190/100mmHg associée à une tachycardie sinusale. La biologie montrait un TP abaissé à 22 %. L'évolution a été marquée par une aggravation respiratoire avec désaturation à 85 % à l'air ambiant, polypnée, signes de lutte et râles crépitants bilatéraux à l'auscultation pulmonaire. L'électrocardiogramme montrait un rythme sinusale régulier à 60 bpm avec multiples extrasystoles ventriculaires monomorphes, sans troubles de la conduction ni de la repolarisation(aspect de bigeminisme). La biologie révélait une rhabdomolyse(CPK=1375UI/L), une élévation importante des troponines(1441ng/ml) et des Pro-BNP(888UI/L). Le diagnostic d'insuffisance respiratoire aiguë secondaire à un œdème aigu du poumon d'origine cardiogénique a été retenu. Le traitement associant

dérivés nitrés, diurétiques et ventilation non invasive (VNI) a permis une amélioration clinique rapide. L'échocardiographie transthoracique a montré une FEVG à 50% avec hypokinésie globale évocatrice d'une myocardite post-envenimation. L'IRM cardiaque retrouvait un hypersignal de la paroi inféro-latérale du ventricule gauche témoignant d'un œdème myocardique, ainsi qu'un rehaussement tardif sous-épicardique des mêmes segments sans altération de la cinétique globale(FEVG=50 %). Le patient a été mis sous bétabloquants et inhibiteur de l'enzyme de conversion(IEC) avec évolution favorable. Aux suivis ultérieurs, le patient gardait une dyspnée d'effort avec persistance d'une FEVG moyennement altérée et des extrasystoles ventriculaires à l'holter rythmique. La myocardite post-envenimation scorpionique, peut survenir même après une piqûre jugée bénigne avec risque de séquelles au long terme. Une surveillance systématique par dosage des troponines et une échocardiographie précoce s'impose afin de dépister cette complication et améliorer le pronostic.

P 084 PARTICULARITÉS ÉPIDÉMIO-CLINIQUE ET MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DE L'ANAPHYLAXIE DANS UN SERVICE D'URGENCE AU SEIN D'UN HÔPITAL RÉGIONAL

Auteurs :

A.Wiem (wiemalimizouari@gmail.com): Service des urgences Mahmoud El Matri Ariana .
M.Kallel (manel.kallel@fmt.utm.tn): Service des urgences Mahmoud El Matri Ariana .
F.El ayech (elayechfedia@gmail.com): Service des urgences Mahmoud El Matri Ariana .
E.Rezgui (emna.rezgui@fmt.utm.tn): Service des urgences Mahmoud El Matri Ariana .
E. Kallel (emnakallel165@gmail.com): Service des urgences Mahmoud El Matri Ariana .
K.Zaouche (khedija.zaouche@fmt.utm.tn): Service des urgences Mahmoud El Matri Ariana .

L'anaphylaxie est la manifestation la plus grave des réactions d'hypersensibilité immédiate. Cette pathologie est souvent sous-diagnostiquée.

L'objectif principal était de dresser le profil épidémio-clinique des accidents anaphylactiques admis dans les urgences d'un hôpital régional.

Étude descriptive rétrospective observationnelle menée sur 8 mois aux urgences d'un hôpital régional incluant les accidents anaphylactiques. Nous avons décrit des différentes modalités thérapeutiques ; nature du traitement administré, dose et voie d'administration Nous avons comparé les patients selon la nature de l'allergène.

Cent trente cas ont été étudiés (âge moyen :40 ± 16 ans). L'allergène était un médicament chez 38 patients dont 24 cas était un antibiotique, 9 cas des AINS et 5 autres cas un antalgique. Un aliment était incriminé chez 30 malades (12 des fruits de mer, 9 des poissons, 4 des fruits, 3 des fruits secs ,2 produits laitiers). Chez dix autres patients, l'allergène était soit une piqûre d'hyménoptère, soit inconnu. Pour le reste de l'échantillon l'étiologie était indéterminée. La présentation initiale était dominée par les signes cutanées 122 (95%), des signes respiratoires 26 (20 %), des signes digestifs 19(15%) et des signes neurologiques 5(4%). Le traitement était une expansion volémique 31 (24%) chez patients, de l'adrénaline chez 60 (46%), des corticoïdes chez 87(69%), des antihistaminiques chez 124(98%) et des β -2-mimétiques chez 20(12%) patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 13.8 ± 10 heures L'évolution a été marquée par une amélioration chez 123(96%) avec un retour à domicile chez 122 patients et 8 patients ont été transféré. L'âge était un facteur indépendant lié à l'origine médicamenteuse 42±16 ans versus 32±14 (OR = 1,569 ; IC 95 % : 1,190–1,980 p=0.001) Trois signes cliniques indépendants liés à l'origine alimentaire de l'anaphylaxie ont été identifiés : la dyspnée (Dodds ratio [OR] = 1,44 ; intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %] : 1,06–1,95 p=0.035), la douleur abdominale (OR = 1,65 ; IC 95 % : 1,39–1,97 ; p= 0.012) et la manifestation cutanée à type d'urticaire (OR = 3,89 ; IC 95 % : 1,11–6,970 ; p= 0.031)

Le tableau Clinique initial des anaphylaxies aux urgences est varié ce qui peut engendrer une sous-estimation de cette pathologie. Une prise en charge rapide et adaptée avec administration essentiellement d'adrénaline par voie intramusculaire est indiquée afin d'améliorer le pronostic.

P 085 SYNDROME DE LYELL SUITE À LA PRISE DE L'ALLOPURINOL

Auteurs :

S.Bellil* (bellil.samar@gmail.com): Réanimation Médicale Hôpital universitaire- Gabès .
H.Ben Ahmed (benahmedhedia@gmail.com): Réanimation Médicale Hopital universitaire- Gabes .
H.Mayoufi (houda.mayoufi20@gmail.com): Réanimation Médicale Hôpital universitaire- Gabès .
R.Rajah (rihab1rajah@gmail.com): Réanimation Médicale Hôpital universitaire-Gabès .
A.Ben khlifa (atraabbenkhalifa@gmail.com): Réanimation Médicale Hôpital universitaire- Gabès .

Le syndrome de Lyell est une toxidermie grave avec un taux de mortalité de 25 %. L'allopurinol est l'un des médicaments les plus fréquemment responsables. Il se manifeste par une nécrolyse épidermique étendue (>30 %) associée à des atteintes muqueuses. La prise en charge est symptomatique en réanimation.

Il s'agit d'une femme de 78ans, hypertendue et diabétique au stade de complications dégénératives à type d'insuffisance rénale non au stade d'hémodialyse (clearance à 45). Elle a été mise sous allopurinol 200 mg/jr pour hyper-uricémie. Deux semaines après, la patiente a présenté des lésions cutanées à type d'exanthème. L'allopurinol a été arrêté. L'évolution a été marquée par l'aggravation sur le plan lésionnel, respiratoire et hémodynamique d'où son admission au service de Réanimation. L'examen à l'admission : Patiente confuse et agitée en insuffisance respiratoire aigue, instable sur le plan hémodynamique, subfébrile à 38°C. Sur le plan cutané : Un décollement cutané étendu sur tout le corps, des érosions des muqueuses (oculaires, buccale, anale, vaginale) [Fig1, Fig2] avec des troubles de déglutition et hypersialorrhée. À la biologie, un syndrome inflammatoire biologique une aggravation de son insuffisance rénale. Acidose métabolique et une hyperglycémie soit un score de SCORTEN à 6 La Patiente a été intubée, ventilée et sédatée avec un recours aux catécholamines (Noradrénaline). Elle a eu une réhydratation par Ringer Lactates, correction des troubles électrolytiques, des soins des yeux. Des soins dermatologiques quotidiens par un antiseptique et de la Sulfadiazine argentique et de vaseline. L'évolution était marquée par l'aggravation respiratoire (SDRA) et hémodynamique à j4 d'admission avec une défaillance multiviscérale.

Le syndrome de Lyell reste une pathologie rare mais grave, grevée d'une morbi-mortalité importante. IL impose une prise en charge précoce et une vigilance particulière chez les patients insuffisants rénaux traités par allopurinol.

P 086 INTOXICATION A LA COLCHICINE:A PROPOS D'UN CAS

Auteurs :

Malek Chroufa (docteurchroufa@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .
Gamara Fatma Zahra (fatma.gamara@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .
Omar Blagui* (Mohamedomar.blaguii@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .
dhouha Essayel (essayeldhouha@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .
Malek Sghair (Sr62malek@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .
Ben Abderrahim Amina (aminabenabderrahim1@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .
Amri Salim (medslim.amri@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .
Kouraichi Nadia (na.kouraichi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .

La colchicine est un alcaloïde largement utilisé dans le traitement de la goutte et de certaines maladies inflammatoires. L'intoxication par la colchicine est rare mais grave pouvant entraîner des défaillances viscérales parfois irréversibles, notamment en cas de retard diagnostique.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 38 ans, ayant comme antécédent une aphtose bipolaire pour laquelle elle était sous colchicine, admise aux urgences suite à une ingestion involontaire de 40 comprimés de colchicine par erreur de posologie. Le délai entre l'ingestion et la prise en charge était de 24 heures. Le tableau initial associait des troubles digestifs : nausées, vomissements abondants, diarrhée profuse et douleurs abdominales sans fièvre avec tachycardie à 110 bpm et hypotension artérielle 85/65 mm/Hg. L'évolution était rapide avec une déshydratation sévère et un état de choc. A la biologie elle avait un TP bas à 18%, fibrinogène à 1,3, PDF>20µg/ml, une hyperleucocytose à 22000 elt/mm3, une cytolysé hépatique avec ASAT/ALAT=208/44UI/l et une insuffisance rénale aiguë. Une réanimation symptomatique a d'emblée été initiée avec ventilation mécanique et introduction de catécholamines. A j3 l'évolution a été marquée par l'apparition d'une pancytopenie avec GB=2300, une anémie à 8g/dl et thrombopénie à 55000 qui s'est progressivement améliorée après 48 heures. La fonction rénale s'est progressivement améliorée après réhydratation. L'évolution a été favorable avec sortie après 20 jours d'hospitalisation.

L'intoxication à la colchicine est assez critique. En absence d'antidote, la prise en charge repose sur la réanimation d'organes. Le pronostic dépend de la dose ingérée et du délai de la prise en charge initiale.

P 087 Profil et prise en charge des patients admis en soins intensifs pour intoxication volontaire, 2019 - 2025

Auteurs :

Iyed Matouk (maatouk.yed@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia .

A.Zaibi (3li.zaiibi@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia .

S.Ben brahim (benbrahimsaladin@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia .

H.Bouchallouf (hiba.bouchallouf@etudiant-fmt.utm.tn): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia .

A.Maatouk (amani.maatouk23@gmail.com): service de médecine préventive et communautaire University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia .

M.Lahmar (firassmal4@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia .

W. Nouira (wiemnouira1@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia .

E.BEDHIAFI (bedhiafiemir@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia .

z. Hammouda (zanoubia83@hotmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia .

F. Dachraoui (dachraoui.fahmi@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia .

L.Besbes Ouanes (Lamiaouanes107@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia .

Les intoxications volontaires constituent une cause fréquente d'admission en unité de soins intensifs (USI) et représentent un enjeu majeur de santé publique. Leur prise en charge repose sur l'identification rapide des substances impliquées et l'évaluation des besoins critiques des patients.

L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques des patients admis en USI pour intoxication volontaire, ainsi que les substances impliquées et leur prise en charge.

Nous avons mené une étude transversale sur 7 ans, de 2019 à 2025, incluant tous les patients intoxiqués nécessitant un séjour en réanimation. La collecte des données s'est faite de façon prospective. Les données ont été analysées et saisies par le logiciel SPSS version 26.0.

Au cours de la période d'étude, 60 patients ont été admis en USI pour intoxication volontaire. La majorité était de sexe féminin (55,8%). L'âge moyen était de 31,5 ± 13 ans. Tous les cas d'intoxication

étaient liés à des tentatives de suicide. La moyenne du score SAPS II était de 41 ± 18 . La moyenne du score APACHE II était de 17 ± 7 . La durée moyenne de séjour était de $13,6 \pm 9$ jours. Des antécédents de tentative de suicide ont été trouvés chez 19% des patients. Les substances impliquées comprenaient des pesticides (57,1%), monoxyde de carbone (CO) (16,7%), psychotropes (14,3%), drogues récréatives (4,8%) et alcool (2,4%). Une durée de séjour supérieure à 7 jours a été notée chez 83% des intoxiqués par CO, 75% des intoxiqués par psychotropes, et 69% des intoxiqués par pesticides. Les patients ont nécessité une ventilation mécanique invasive, un lavage gastrique, une antibiothérapie pour une pneumopathie d'inhalation et une hémodialyse dans 90%, 41,5%, 70%, 7% des cas respectivement. L'évolution était favorable chez 92,7% des cas.

Les intoxications volontaires concernent principalement de jeunes adultes et impliquent une grande diversité de substances. Une prise en charge adaptée est essentielle pour limiter les complications. D'autres études sont nécessaires pour identifier les facteurs associés à la mortalité et aux séjours prolongés chez ces patients.



P 088 ENVENIMATION PAR LA DABOIA MAURITANICA : ASPECT CLINIQUES, COMPLICATIONS ET PRISE EN CHARGE

Auteurs : ABSENT

Amira Ben Jazia (amira.benjazia@fmt.utm.tn): réanimation médicale CMYAMUR .

MALAK KHARRAT (Malek.Kharrat@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

ABDELKADER MALEK (mellekabdelkader@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

ASMA AZAZA (ASMA@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

Hassen BEN Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

NOZHA Brahmi (amira26juillet@uvt.tn): réanimation médicale CMYAMUR .

ABSENT

P 089 A 58 YEAR OLD OF PARA-PHENYLENEDIAMINE (PPD) POISONING WITH SYSTEMIC TOXICITY

Auteurs : ABSENT

Amira Ben Jazia (amira.benjazia@fmt.utm.tn): réanimation médicale CMYAMUR .

MALAK KHARRAT (Malek.Kharrat@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

SOUHA JAZIRI (rhadjfradj@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

ABDELKADER MALLEK (mellekabdelkader@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

ASMA AZAZA (ASMA@GMAIL.COM): réanimation médicale CMYAMUR .

Hassen BEN Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

Nozha brahmi (nzh.brahmi@gail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

ABSENT

P 090 PNEUMOTHORAX SECONDAIRE À UNE INTOXICATION PAR LA COCAÏNE A PROPOS D'UN CAS

Auteurs : **ABSENT**

Amira Ben Jazia (amira.benjazia@fmt.utm.tn): réanimation médicale CMYAMUR .

MALAK KHARRAT (Malek.Kharrat@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

ABDELKADER MALEK (mellekabdelkader@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

SOUHA JAZIRI (rhadjfradj@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

AZAZA ASMA (ASMA@GMAIL.COM): réanimation médicale CMYAMUR .

Hassen BEN Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

Nozha brahmi (amira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale CMYAMUR .

ABSENT

P 091 INTOXICATION AU METHOTREXATE

Auteurs : **ABSENT**

Amira Ben Jazia (amira.benjazia@fmt.utm.tn): réanimation médicale CMYAMUR.

MALAK KHARRAT (Malek.Kharrat@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR.

ABDELKADER MALEK (mellekabdelkader@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR.

ASMA AZAZA (ASMA@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR.

SOUHA JAZIRI (rhadjfradj@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR.

Hassen Ben Ghezala (amira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale CMYAMUR.

Nozha brahmi (amira26juillet@uvt.tn): réanimation médicale CMYAMUR.

ABSENT

P 092 Pronostic des polytraumatisés graves hospitalisés plus d'une semaine en réanimation

Auteurs :

Sabrine Bradai (sabrine.brada12@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Yosr Ben Taher (Yoser.bentaher@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Rania Krichen (raniakrichen17@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Firas Ksentini (firas.kessentini@medecinesfax.org): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

kamilia Chtara (kamilia.chtaraelaoud@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Mabrouk Bahloul (bahloulmab@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.

Les polytraumatisés graves nécessitant un séjour prolongé en réanimation constituent une population à haut risque de complications et de morbi-mortalité. La durée d'hospitalisation au-delà de une semaine reflète souvent la sévérité des atteintes initiales et l'impact des complications secondaires.

Cette étude vise à analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des patients polytraumatisés graves séjournant plus de 7 jours en réanimation.

Nous avons mené une étude prospective sur une période de 8 mois, incluant tous les patients polytraumatisés graves hospitalisés en réanimation pour une durée supérieure à 7 jours. Cette étude descriptive a analysé les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques des patients, ainsi que leur évolution en réanimation.

Nous avons inclus 65 patients. L'âge moyen était de $41,9 \pm 15$ ans, avec une prédominance masculine (sex-ratio à 12). L'accident de la voie publique était le mécanisme de traumatisme le plus fréquent (82,6%). A l'admission, le score ISS moyen était de $23,2 \pm 15,9$ et le GCS était en moyenne de $7,9 \pm 3,8$. Cinquante-sept patients (87,7%) avaient un traumatisme crânien, dont 41 patients (71,9%) avaient un traumatisme crânien grave. Les lésions axonales diffuses à l'IRM cérébrale ont été objectivées chez 31 patients (47,7%). Tous nos patients ont eu recours à la ventilation mécanique avec une durée moyenne de $16,9 \pm 9,4$ jours. La trachéotomie a été faite chez 52 patients (80%) avec un délai moyen de $7,9 \pm 4,3$ jours. Le recours à la chirurgie post traumatique a été nécessaire dans 44,6% des cas, dont 15,4% étaient neurochirurgicales. L'évolution a été marquée par la survenue d'infections nosocomiales (73,8%), la neuromyopathie de réanimation (46,2%) et les escarres (44,6%). La durée totale de séjour en réanimation a été en moyenne de $24,6 \pm 11,9$ jours. Le GOS à la sortie a été jugé défavorable chez 44 patients (67,7%). L'issue finale a été marquée par le décès de 10 patients soit un taux de mortalité de 15,4%. La cause de décès la plus fréquente était l'hypoxie sévère (50% des cas).

Les polytraumatisés graves nécessitant un séjour prolongé en réanimation présentent une morbidité élevée, marquée par une fréquence importante des complications infectieuses, neurologiques et cutanées. La mortalité reste significative malgré une prise en charge spécialisée. L'optimisation des stratégies de prévention des complications et l'adaptation précoce des soins pourraient améliorer le pronostic de ces patients à risque.

P 093 IMMEDIATE CEREBRAL FAT EMBOLISM WITH SIGNIFICANT INVOLVEMENT OF THE CORPUS CALLOSUM

Auteurs :

Hamdi Chaabouni* (hamdichaabouni@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Rania Ammar Zayani (rania.ammarzayani@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Mariem Rekik (MaryemRekik123@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Najeh Baccouch (baccouch.najeh@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Fat embolism syndrome (FES) is a known complication of long-bone fractures, typically occurring 24–48 hours post-trauma and characterized by petechial rash, neurological symptoms, and pulmonary distress. Cerebral fat embolism (CFE), which can be fatal, can result from brain emboli.

We report a case of a 17-year-old male who sustained bilateral closed femur fractures in a road traffic accident. The patient presented with immediate neurological distress, including coma, without respiratory symptoms. The brain's CT scan was normal initially. Still, an MRI later showed signs of FES, such as T2 and diffusion hyperintensities on the corpus callosum, a lipid peak on spectroscopy, and a microbleed. Delayed awakening and status epilepticus, treated with anticonvulsants, complicated the patient's course.

This case highlights the diagnostic utility of MRI in detecting CFE. It emphasizes the need to consider FES in isolated neurological symptoms following long-bone fractures, even in the absence of respiratory distress. Early surgical fixation of fractures remains critical for prevention.

P 094 Panencéphalite sclérosante subaiguë (PESS) : une complication tardive et fatale de la rougeole

Auteurs :

Sleh Ben Ibrahim (benbrahimsaladin@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Sabrine Bradai (sabrine.bradai2@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Emna Kammoun (emnakammounek@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Malek Essaguem (malekassaguem@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
kamilia Chtara (kamilia.chtaraeloud@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Hedy Chelly (chelly_hedi@medecinesfax.org): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Mabrouk Bahloul (bahloulmab@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

La panencéphalite sclérosante subaiguë (PESS) est une complication rare et mortelle de la rougeole, survenant plusieurs années après l'infection, due à la persistance du virus dans le système nerveux central, provoquant une inflammation et une dégénérescence neuronale.

Nous rapportons le cas d'un enfant de 6 ans, ayant eu une rougeole à l'âge de 8 mois, avec la notion de décès de son jumeau par la même maladie. À l'âge de 4 ans, il a été hospitalisé pour convulsions et régression psychomotrice, avec diagnostic de PESS confirmé par la présence d'ondes périodiques à l'EEG et d'IgG positives à la rougeole dans le LCR. Il a été mis sous Dépakine*, puis il a été perdu de vue. Deux semaines avant son admission en réanimation, il a développé des troubles de la marche et du langage, une hypertonie des membres supérieurs, des myoclonies et une fièvre à 39°C. Puis, il a présenté un coma avec GCS à 9, une abolition des réflexes ostéotendineux et une rigidité des quatre membres, nécessitant une intubation orotrachéale. L'EEG a montré des ondes lentes diffuses, principalement frontales, avec des décharges de pointes amples bilatérales, plus prononcées à gauche. L'IRM cérébrale a montré des anomalies de signal frontales bilatérales cortico sous corticales plus marquées à droite en hypersignal T2 FLAIR, hyposignal T1 sans restriction de la diffusion associées. L'analyse du LCR était normale, avec une PCR multiplex négative, ainsi que l'absence d'anticorps antineuronaux et d'anticorps spécifiques des encéphalites auto-immunes. Les IgG anti-rougeole étaient fortement positives dans le sang et le LCR. Une prise en charge en réanimation incluant la sédation, la ventilation mécanique invasive, les anticonvulsivants Dépakine* et les immunoglobulines IV (2g/kg) a été initiée. L'évolution a été marquée par un sevrage de la ventilation mécanique progressif, il est mis sortant en ventilation spontanée sur canule de trachéotomie en état végétatif à j 40 d'hospitalisation. La panencéphalite sclérosante subaiguë est une encéphalopathie rare, fatale, diagnostiquée sur des critères cliniques, EEG, radiologiques et biologiques. Aucun traitement curatif n'existe, rendant la vaccination antirougeoleuse essentielle pour prévenir cette complication sévère.

P 095 Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES) associé à une dysfonction hépatique : à propos d'un cas

Auteurs :

Abir Dammak (abirdammakg@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Sabrine Bradai (sabrine.bradai2@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Najeh Baccouch (baccouch.najeh@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Rania Ammar (rания.аммарзяани@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Hedy Chelly (chelly_hedi@medecinesfax.org): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

L'urgence hypertensive est une situation critique caractérisée par une élévation brutale de la pression artérielle, responsable de lésions viscérales potentiellement graves. Les atteintes cardiaques et neurologiques sont les plus fréquentes, tandis que l'atteinte hépatique reste exceptionnelle.

Nous rapportons le cas d'un homme de 19 ans, sans antécédents, admis en réanimation pour un état de mal épileptique. L'enquête métabolique, toxique et infectieuse était négative. Une hypertension artérielle sévère du sujet jeune, sans cause secondaire, a été mise en évidence. L'IRM cérébrale montrait des hypersignaux cortico-sous-corticaux occipitaux et pariétaux bilatéraux, compatibles avec un syndrome de leucoencéphalopathie postérieure réversible (PRES). Au cours du séjour, l'évolution a été marquée par la survenue d'une hypoglycémie à 0,3 g/L, associée à une cytolysé hépatique modérée (ASAT : 180 UI/L, ALAT : 165 UI/L), une élévation des phosphatases alcalines (PAL : 180 UI/L) et un taux de prothrombine abaissé à 48 %. La cortisolémie était normale. L'échographie abdominale ne révélait pas d'anomalies. Le lactate sérique était élevé à 3 mmol/L. Le dosage de l'insuline montrait une valeur à 13 µUI/mL. Le bilan complémentaire retrouvait une hyperammoniémie à 89 µmol/L et un facteur V bas à 55 %, confirmant l'existence d'une dysfonction hépatique associée au PRES et à l'urgence hypertensive. L'enquête hépatique, comprenant les sérologies virales, le bilan auto-immun et les marqueurs de surcharge, est revenue négative, excluant une hépatopathie primitive et confortant l'hypothèse d'une atteinte hépatique secondaire au contexte hypertensif et neurologique. L'évolution a été favorable, marquée par une amélioration de l'état neurologique sans récidive de crises épileptiques sous antiépileptiques, un contrôle satisfaisant des chiffres tensionnels sous antihypertenseur, ainsi qu'une amélioration progressive des paramètres biologiques.

Ce cas rare illustre l'association entre PRES, urgence hypertensive et atteinte hépatique réversible, soulignant l'importance d'une enquête étiologique complète et d'une surveillance multidisciplinaire.

P 096 IMPACT CLINIQUE ET EVOLUTIF SUR LA DUREE DE SEJOUR EN REANIMATION DES PATIENTS ADMIS POUR ETAT DE MAL EPILEPTIQUE

Auteurs :

E.borni* (emna98.borni@gmail.com): reanimation medicale hopital regional Mahres .
F.zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): reanimation medicale hopital regional Mahres .
S.jerbi (jerbisalma@yahoo.com): reanimation medicale hopital regional Mahres .
D.dlensi (dorsafdlensi89@outlook.fr): reanimation medicale hopital regional Mahres .
A.guizani (guizani.amel@icloud.com): reanimation medicale hopital regional Mahres .
A.abdellatif (arijabdellatif6@gmail.com): reanimation medicale hopital regional Mahres .
M.smaoui (smaoui.mariem5@gmail.com): reanimation medicale hopital regional Mahres .
R.allala (allala.rania@gmail.com): reanimation medicale hopital regional Mahres .
F.medhioub (fatma_kaaniche@yahoo.fr): reanimation medicale hopital regional Mahres .

L'état de mal épileptique (EME) représente une urgence neurologique grave. Sa prise en charge en réanimation est essentielle, compte tenu de la gravité clinique, des complications fréquentes et du risque élevé de mortalité.

Déterminer les facteurs cliniques, étiologiques et thérapeutiques ainsi que évolutifs associés à une hospitalisation prolongée (≥ 7 jours) en réanimation chez les patients admis pour un état de mal épileptique.

Nous avons mené une étude analytique rétrospective sur 8 ans au sein d'une unité de soins intensifs dans un hôpital régional, incluant les patients hospitalisés pour un état de mal épileptique. La population d'étude était répartie en 2 groupes : groupe1 : les patients dont la durée de séjour < 7 jours et groupe 2 : les patients dont la durée de séjour ≥ 7 jours.

Durant la période d'étude, 30 patients étaient admis en réanimation pour un EME. L'âge moyen était de $45,2 \pm 25,5$ ans. Les scores de gravité étaient représentés par l'APACHE II ($12,1 \pm 7,7$) et l'IGS2 ($27,6 \pm$

14,3). Le score de Glasgow moyen à l'admission était de $8,5 \pm 4,2$. Les antécédents les plus fréquents étaient l'épilepsie (66,7 %), l'AVC (30 %) et le diabète (6,7 %). Le type de crise le plus fréquent était convulsif (28 cas), dont 24 cas étaient généralisés tonico-cloniques. Un score STESS ≥ 3 était observé chez la moitié des patients. Les causes d'EME étaient dominées par la mauvaise observance thérapeutique (50 %), suivies des AVC (30 %) et du sepsis (23,3 %). Des étiologies multiples étaient retrouvées dans 16,7 % des cas. Au bilan initial, une rhabdomyolyse ($CPK > 1000$) était présente chez 20 % des patients. Quinze malades ont nécessité une intubation. La pneumopathie d'inhalation était relevée chez 15 patients. Les complications observées étaient principalement infectieuses (50 %), dont 26,7 % évoluaient vers un choc septique. Le traitement reposait sur le valproate de sodium (56 %) et le lévétiracétam (36 %), avec une bithérapie dans 40 % des cas. La reprise des crises dans les 72 heures concernait 40 % des patients. La mortalité globale était de 26,7 %. En étude analytique, l'intubation ($p=0,003$), le coma thérapeutique ($p=0,003$) et les effets indésirables aux antiépileptiques ($p=0,002$) étaient significatifs dans le groupe 2 ainsi que la pneumopathie d'inhalation ($p=0,011$), les infections nosocomiales ($p=0,011$) et le retard de réveil ($p=0,001$).

L'EME demeure associé à une morbi-mortalité importante. Les complications infectieuses, l'intubation, le coma thérapeutique et les effets indésirables médicamenteux influencent significativement l'évolution, soulignant l'importance d'une prise en charge rapide et adaptée.

P 097 Association exceptionnelle du syndrome inflammatoire multisystémique (MIS-C) et du syndrome de Guillain-Barré : à propos d'un cas

Auteurs :

Abir Dammak (abirdammakg@gmail.com) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Sabrine Bradai (sabrine.bradai2@gmail.com) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Jihen Bech Hamba (ji.hene988@gmail.com) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Mariem Rekik (maryemrekik123@gmail.com) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Hedy Chelly (chelly_hedi@medecinesfax.org) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Mabrouk Bahloul (bahloulmab@gmail.com) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Le syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique (MIS-C), complication post-infectieuse du SARS-CoV-2, est caractérisé par une atteinte multi-organique sévère. Si les manifestations cardiovasculaires et digestives sont les plus fréquemment rapportées, l'atteinte neurologique reste moins courante. Parmi celles-ci, le syndrome de Guillain-Barré constitue une complication exceptionnelle, dont l'association au MIS-C demeure très peu rapportée.

Il s'agit d'une patiente âgée de 15 ans, sans antécédents pathologiques, admise aux urgences pour épigastralgies, vomissements, fièvre à 40°C et lésions érythémateuses diffuses. Deux jours plus tard, l'évolution a été marquée par l'apparition d'une dyspnée fébrile avec polypnée (40/min), hypoxémie ($\text{SpO}_2 80\%$), crépitants bilatéraux, hypotension (70/40 mmHg), tachycardie (150/min) et signes périphériques de choc, associés à une conjonctivite bilatérale et à la persistance des lésions cutanées. Une ventilation mécanique invasive ainsi qu'un traitement par noradrénaline (4 mg/h) ont alors été instaurés. L'échocardiographie transthoracique a objectivé une myocardite aiguë. La tomodensitométrie thoracique a montré des plages bilatérales en verre dépoli sous-pleurales prédominant à gauche. La sérologie SARS-CoV-2 (IgM et IgG positives) a confirmé une infection récente, permettant de retenir le diagnostic de MIS-C. Après amélioration respiratoire et hémodynamique, l'arrêt de la sédation a révélé un déficit moteur des quatre membres avec abolition des réflexes ostéotendineux. L'IRM cérébro-médullaire était normale, tandis que l'électromyogramme mettait en évidence une neuropathie axonale motrice périphérique sévère. La ponction lombaire a montré une dissociation albumino-cytologique. L'association des signes cliniques, biologiques et électromyographiques était en faveur d'un syndrome de Guillain-Barré. La patiente a été traitée par immunoglobulines intraveineuses (2 g/kg en 2 jours) et corticothérapie (10 mg/kg/j pendant 3 jours, puis 1 mg/kg/j). L'évolution a été favorable, marquée par

une amélioration clinique progressive et confirmée par l'électromyogramme de contrôle, qui objectivait une récupération nette de la neuropathie périphérique.

Ce cas met en évidence une présentation atypique d'un MIS-C compliquée d'un syndrome de Guillain-Barré, une association exceptionnellement décrite dans la littérature. L'apparition de manifestations neurologiques dans le contexte du MIS-C doit inciter le clinicien à envisager rapidement ce diagnostic afin d'instaurer une prise en charge adaptée et multidisciplinaire, condition essentielle pour améliorer le pronostic.

P 098 LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX EN MILIEU DE RÉANIMATION : ASPECTS CLINIQUES, PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE ET IMPACT PRONOSTIC.

Auteurs :

A.abdellatif * (arijabdellatif6@gmail.com): service de réanimation médicale hopital régional de mahres .
F.zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): service de réanimation hopital régional de mahres .
D.dlensi (dorsafdlensi89@outlook.fr): service de réanimation hopital régional de mahres .
S.jerbi (jerbisalma@yahoo.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
E.borni (emna98.borni@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
A.guizani (guizani.amel@icloud.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
M.smaoui (smaoui.mariem5@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
R.allala (allala.rania@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
F.kaaniche (fatma_kaaniche@yahoo.fr): service de réanimation hopital régional de mahres .

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une pathologie neurologique aiguë résultant d'une interruption ou d'une rupture de la circulation sanguine cérébrale. Il représente une urgence vitale nécessitant une prise en charge rapide pour limiter les séquelles.

-décrire les caractéristiques cliniques et évolutives ainsi que les modalités de prise en charge des patients admis pour AVC. -déterminer les facteurs associés à la mortalité des patients admis pour AVC. C'est une étude analytique rétrospective menée de février 2017 à septembre 2025 au sein du service de réanimation dans un hôpital régional, incluant les patients admis pour un AVC (ischémique, hémorragique. Les données, cliniques et paracliniques ainsi que les modalités évolutives ont été recueillis. Nous avons réparti la population en deux groupe (groupe 1: les patients survivants et groupe 2: les patients décédés).

Trent six patients étaient inclus durant la durée d'étude. La moyenne d'âge était $74 \pm 10,18$ ans avec un sex-ratio était 1,4. Les moyennes des scores d'APACHII, d'IGSII et SOFA étaient respectivement $17,47 \pm 6,03$; $49,33 \pm 16,36$ et $5,94 \pm 2,16$. Les AVC ischémiques représentaient le type le plus fréquent (69,4%), tandis que Les AVC étendus étaient observés chez 35 patients (97,2%). L'HTA était l'antécédent le plus dominant (77,8%) avec le tabagisme était présent chez 52% des patients. À l'admission, 32 patients (88,9%) avaient un GSC ≤ 12 . Quinze patients (41,7%) ayant un état de choc et 23 patients (63,9%) souffraient de détresse respiratoire dont 22 nécessitaient l'intubation. Aucun patient n'était éligible à la thrombolyse. Un traitement par antiagrégants plaquettaires a été instauré chez 15 patients, tandis qu'une anticoagulation curative a été indiquée chez 8 patients. Les infections nosocomiales (52,8%) et le choc septique (13,9%) étaient les complications les plus fréquents. Une amélioration neurologique a été observée chez 41,7 % des patients, alors que 4 (11,1 %) ont présenté une aggravation des lésions scanographiques. La durée de séjour moyenne était $11,36 \pm 12,8$ jours. Chez les survivants, le score de Glasgow moyen à la sortie était de $11,9 \pm 3,6$. Le taux de mortalité global était de 50 %. En étude analytique, les facteurs associés à la mortalité étaient la gravité initiale (APACHII($p=0,010$);IGSII($p=0,001$);SOFA($p=0,011$)), le GSC initial ($p=0,012$), l'antécédent du diabète($p=0,040$) et l'intubation ($p=0,001$) ainsi que l'aggravation des lésions scanographiques ($p=0,034$).

L'AVC reste une urgence médicale majeure avec un fort impact en réanimation. Une reconnaissance rapide, une prise en charge adaptée et la prévention des complications sont essentielles pour améliorer le pronostic et réduire la mortalité.

P 099 ENCÉPHALOMYÉLITE AIGUË HÉMORRAGIQUE POST-VARICELLE (FORME DE HURST) CHEZ UNE ENFANT DE 12 ANS : À PROPOS D'UN CAS

Auteurs :

S.Zeddam* (drzeddam.reamed@gmail.com): Réanimation médicale polyvalente CHU Mustapha Alger .
K.Abdou (Kaoutherabdou17@gmail.com): Réanimation médicale polyvalente CHU Mustapha Alger .
Y.Ayadi (aysse1986@outlook.fr): Réanimation médicale polyvalente CHU Mustapha Alger .
M.Ouali (oualimourad.reanimation@gmail.com): Réanimation médicale polyvalente CHU Mustapha Alger .

L'encéphalomyélite aiguë disséminée (ADEM) est une affection démyélinisante auto-immune rare pouvant survenir après une infection virale ou une vaccination. Sa forme hémorragique, dite maladie de Hurst, est exceptionnelle et souvent d'évolution sévère, nécessitant une reconnaissance précoce et une prise en charge en réanimation.

Nous rapportons le cas d'une fillette de 12 ans, antécédents de prématurité et d'amygdalectomie, ayant présenté une encéphalopathie aiguë dix jours après une varicelle. Un traitement antibiotique et antiviral avait été initialement instauré pour suspicion d'encéphalite herpétique. À son admission en réanimation, la patiente était inconsciente (score de Glasgow 10/15) avec signes méningés et stabilité hémodynamique. Les examens biologiques montraient une hyperleucocytose ($18\ 000/\text{mm}^3$) avec syndrome inflammatoire modéré. La ponction lombaire révélait une protéinorachie élevée (0,83 g/L), glucorachie normale, PCR HSV négative. L'IRM cérébrale objectivait des lésions multifocales hémorragiques du corps calleux compatibles avec une ADEM hémorragique post-infectieuse (forme de Hurst). Une corticothérapie intraveineuse à forte dose (méthylprednisolone 1 g/jour) a été instaurée, avec amélioration progressive de l'état neurologique, récupération de la parole et de la mémoire, et légère hémiplégie droite. L'IRM de contrôle montrait la stabilisation des lésions

Ce cas souligne l'importance d'évoquer une ADEM post-varicelle devant toute encéphalopathie aiguë chez l'enfant. La distinction avec une encéphalite herpétique est essentielle, car une prise en charge immunomodulatrice précoce améliore considérablement le pronostic. La réanimation joue un rôle clé dans la surveillance et le soutien de ces urgences neurologiques auto-immunes rares.

P 100 Impossibilité d'embolisation d'une MAV cérébrale révélant un syndrome de Leriche : à propos d'un cas dramatique

Auteurs :

F.Z.Gamara (fatma.gamara@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .

Le syndrome de Leriche, ou syndrome d'oblitération aorto-iliaque, est une entité particulière d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs qui entraîne une occlusion thrombotique du carrefour aorto-iliaque. Il n'existe pas, à ce jour, d'association directe entre ce syndrome et l'existence de malformation artéio-veineuse (MAV), étant deux affections distinctes .Nous rapportons le cas d'un syndrome de Leriche comme obstacle thérapeutique chez un patient porteur de MAV compliqué de saignement cérébral .

Il s'agit d'un patient âgé de 60ans admis au service de réanimation médicale pour un accident vasculaire cérébral hémorragique . Le patient présentait un antécédent de saignement cérébral sur rupture de MAV avec pose de coils 3 ans avant l'admission . Une dérivation ventriculaire externe a été d'emblée posée devant les données de l'imagerie. Par ailleurs devant une non amélioration neurologique avec absence de réveil et une hypertension sur le dispositif de DVE , une deuxième imagerie cérébrale était réalisée à 48 heures de son admission . Celle-ci avait montré une image d'addition avec doute sur un resaignement nécessitant la réalisation d'une IRM cérébrale . La rupture d'un anévrisme en regard de l'ancien coil nécessitant une embolisation par radiologie interventionnelle a motivé son transfert à l'unité d'embolisation . Par ailleurs , une impossibilité de ponction artérielle fémorale bilatérale a motivé la réalisation d'une échographie doppler des deux membres inférieurs. Le doute sur des thromboses a motivé la réalisation d'un angioscanner des membres inférieurs révélant un

syndrome de Leriche avec une thrombose aorto-iliaque étendue aux fémorales entravant leur cathéterisation et donc l'embolisation et la réalisation de tout geste interventionnel . L'évolution était défavorable avec un décès du patient .

Le syndrome de Leriche est une entité peu fréquente , les MAV aussi . Leur association chez un même patient peut entraver le pronostic thérapeutique et donc vital.

P 101 INTUBER OU NE PAS INTUBER ? ANALYSE DES COMAS NON TRAUMATIQUES EN PRÉHOSPITALIER

Auteurs : ABSENT

G.Marzougui* (ghada.marzougui@etudiant-fmt.utm.tn): urgence Habib Bourguiba Sfax .

R.Elmahjoub (mahjoub.roua99@gmail.com): urgence Habib Bourguiba Sfax .

H.Affes (houssemaffes@gmail.com): SAMU04 SAMU04 .

A.Chaari (adelchaari@medecinesfax.com): SAMU04 Samu04 .

ABSENT

P 102 INTUBATION PRÉHOSPITALIÈRE CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS : FAIT-ELLE LA DIFFÉRENCE ?

Auteurs : ABSENT

G.Marzougui* (ghada.marzougui@etudiant-fmt.utm.tn): urgence Habib Bourguiba Sfax .

R.Elmahjoub (elmajoubroua99@gmail.com): urgence Habib Bourguiba Sfax .

H.Affes (houssemaffes@gmail.com): SAMU04 SAMU04 .

A.Chaari (chaariadel@medecinesfax.com): SAMU04 Samu04 .

ABSENT

P 103 Etat de mal convulsif refractaire révélant une tuberculose neuroméningée: A propos d'un cas

Auteurs :

Amenne Alouini (amenne.alouini@fmt.utm.tn): Réanimation des Brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Hana Fredj (fredjhanask@gmail.com): Réanimation des Brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Souhaila Ben Massoud (sou.benmassoud@gmail.com): Réanimation des Brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Amal Aloui (alouiamal.aa@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Imen Jemi (imenjami@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Bahija Gasri (bahijagasri2002@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Amel Mokline (amel.mokline@fmt.utm.tn): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

La tuberculose neuroméningée est rare mais avec une évolution fatale dans 20 à 70 % des cas¹. Son diagnostic est difficile, souvent retardé car les signes meninges sont souvent absents. Nous rapportons un cas de tuberculose neuroméningée avec une forme atypique

Nous rapportons le cas d'un patient de 38 ans, incarcéré depuis un an, admis pour état de mal convulsif. Les symptômes avaient débuté cinq jours auparavant par une asthénie, une toux et des crises myocloniques, suivies d'une crise tonico-clonique généralisée. À l'admission, il était comateux (GCS 10), fébrile, hémodynamiquement stable. Il a été intubé, ventilé, sédaté et mis sous Dépakine et midazolam à dose anticonvulsivante. La biologie montrait un syndrome inflammatoire sans trouble métabolique. Le scanner cérébral objectivait une apoplexie hypophysaire, confirmée par IRM révélant un adénome sous-jacent. La ponction lombaire retrouvait un liquide clair, normocytaire, avec hyperprotéinorachie modérée et glycorachie normale. Une méningoencéphalite virale ou bactérienne a été suspectée et un traitement probabiliste par aciclovir, ceftriaxone, ampicilline et gentamicine instauré. L'enquête infectieuse et toxique était négative, de même que la recherche d'anticorps anti-neuronaux, notamment anti-NMDA, dans le sérum et le LCR. L'EEG montrait des anomalies fronto-temporales compatibles avec un état de mal non convulsif, nécessitant lévétiracétam, valproate et benzodiazépines, associés à une sédation par midazolam et propofol. À J30, il a développé une pneumonie bilatérale excavée évoquant une tuberculose. La PCR BK et l'examen direct du liquide pleural ont confirmé une tuberculose pulmonaire, suggérant une atteinte neuroméningée associée. Un traitement antituberculeux (HRZE) et une corticothérapie ont été instaurés, entraînant une amélioration neurologique. Cependant, l'évolution fut défavorable avec décès dans un tableau de choc septique réfractaire avec défaillance multiviscérale.

La tuberculose neuroméningée est rare mais grave avec un polymorphisme clinique rendant son diagnostic difficile. Elle doit être évoquée devant un état de mal convulsif prolongé associé à une tuberculose pulmonaire. Référence 1- NBayeh and al. Revue de médecine interne.

P 104 L'IMPACT PRONOSTIC DE LA PRISE EN CHARGE PRE HOSPITALIERE SUR LES TRAUMATISES CRANIENS

Auteurs :

RANIA AMMAR (rania.ammarzayani@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Jihen Bach Hanba* (ji.hene988@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Marwa Ben Abdallah (marwabenabdallah2022@yahoo.com): Service d'aide médicale Urgente SAMU04 Sfax, CHU Habib Bourguiba SFAX .

Nédia Bjaoui (nediabejaoui1995@gmail.com): Service d'aide médicale Urgente SAMU04 Sfax, CHU Habib Bourguiba SFAX .

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Le traumatisme crânien représente une cause majeure de morbidité et de mortalité, particulièrement chez l'adulte jeune. La prise en charge pré hospitalière constitue une étape cruciale influençant directement le pronostic fonctionnel et vital.

Évaluer l'impact pronostic et fonctionnel de la prise en charge préhospitalière des patients victimes de traumatisme crânien.

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle basée sur une fiche de collecte de données incluant les caractéristiques générales des patients, les circonstances du traumatisme, l'état clinique initial (score de Glasgow, pupilles, signes de détresse vitale), les modalités de la prise en charge préhospitalière (type d'équipe, gestes réalisés, délai d'intervention et de transport), ainsi que les données hospitalières à l'admission. L'évolution a été analysée en fonction des interventions thérapeutiques, des complications et du score de Glasgow Outcome Scale (GOS) à la sortie.

Vingt-neuf (29) patients ont été inclus. L'âge médian était de 33 ans. Le sexe ratio était de 3,14. Concernant les circonstances du traumatisme, il s'agit d'un accident de la voie publique dans 96,6%. Le délai médian entre le traumatisme et l'arrivée des secours est de 22 minutes. L'état initial sur le lieu de l'accident montre un GCS initial médian de 10 / 15. Les pupilles étaient normales (79,3%) mydriase unilatérale (13,8%) et mydriase bilatérale dans (6,9%). Les signes de détresse vitale en pré hospitalier étaient la détresse circulatoire (27,6%) et la détresse neurologique (79,3%). Concernant la prise en charge pré hospitalière : le type d'équipe intervenue était SMUR dans 62,1%. Les Gestes réalisés étaient l'oxygénotherapie (48,3%), l'intubation (31%), la mise en condition hémodynamique (48,3%), l'immobilisation cervicale (13,8%), la sédation (37,9%) et la surveillance continue (scope, saturomètre) (55,2%). Le délai de transport vers l'hôpital était de 27 minutes. Les données hospitalières à l'admission ont montré un Score de Glasgow médian à l'arrivée à 9/15, des pupilles normaux dilatés (79,3%), une mydriase unilatérale (17,2%) et une mydriase bilatérale (3,4%). Les Signes de détresse vitale à l'admission étaient présents dans 55,2% des cas. Les lésions associées étaient un polytraumatisme (79,3%), traumatisme thoracique (65,5%), traumatisme abdominale (48,3%) et les fractures osseuses (86,2%). Concernant la prise en charge hospitalière initiale ; une réanimation était faite dans 100%, une chirurgie neurochirurgicale était réalisée dans 13,8%. La Durée médiane de séjour en réanimation était de 24,93 Jours. La durée médiane d'hospitalisation totale était de 26 jours. Les complications présentées par les patients étaient l'infection 79,3% et les convulsions dans 31%. La trachéotomie a été réalisée chez 14 patients (48,3%). Le score de Glasgow Outcome Scale (GOS) à la sortie était de : décès (GOS1) (17,2%) un état végétatif (GOS2) (3,4%), un handicap sévère (GOS3) (6,9%), un handicap modéré (GOS4) (17,2%), un bon rétablissement (GOS5) (55,2%).

L'optimisation de la prise en charge préhospitalière des traumatisés crâniens est déterminante pour réduire la mortalité et les séquelles. Elle nécessite une meilleure coordination des secours, une réduction des délais d'intervention et la généralisation de protocoles adaptés.

P 105 Encéphalopathie postérieure réversible secondaire à une glomérulonéphrite aigue post infectieuse : A propos d'un cas

Auteurs :

Mariem Cheikhrouhou (cheikhrouhou.mariem@yahoo.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Hana Fredj (fredjhanask@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Molka Ben Ncib (molkabennessib@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Amenne Alouini (amenne.alouini@fmt.utm.tn): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Souheila Ben Messoud (sou.benmassoud@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

amal aloui (alouiamal.hk@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

bahija gasri (bahijagasri2002@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Imen Jami (imenjami@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Amen Allah Messadi (amen933@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Amel Mokline (dr.amelmokline@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Introduction : L'encéphalopathie postérieure réversible (EPR) est une entité radio-clinique, associant des signes cliniques neurologiques et un œdème cérébral postérieur bilatéral à l'imagerie. Il reste rare chez l'enfant. Nous rapportons le cas d'un EPR secondaire à une glomérulonéphrite aigue post infectieuse (GNA).

Un enfant âgé de 15 ans sans antécédents a été admis dans le service pour prise en charge d'un état de mal convulsif. La mère a rapporté des céphalées holo-crânienne avec des vomissements incoercibles et un flou visuel sans fièvre depuis quelques jours. A l'examen: GCS=8, sans signes de localisation ni syndrome méningé, PA =180/100 mmHg, FR=3 5c/mn, des signes de lutte, des râles crépitants diffus, avec des opacités en aile de papillon à la radiographie du thorax. A l'échographie transthoracique une FEVG conservée, VG hypertrophié avec des pressions de remplissages élevées. A la biologie : insuffisance rénale fonctionnelle, Labtix : Hématurie++ et Protéinurie++ ; troponines à 656 ng/ml et Pro-BNP>25000ng/l Le patient a été intubé ventilé, mis sous traitement antiépileptique et nicardipine en IVSE. Une méningoencéphalite a été évoquée et le patient a été mis sous antibiotiques et antiviral à doses méningées. Une TDM cérébrale revenue sans anomalies, ponction lombaire revenue normale, l'électroencéphalogramme montrait des anomalies focales et un aspect de burst suppression;les sérologies virales étaient négatives (HSV, CMV, West Nile, entérovirus) et un bilan immunologique sur LCR montrant: Ac anti-NMDA<0, anti GMO<0, anti MOG<0, anti GAD<0, ANCA<0, anti-nucléaires positives: anti ENA<0 et anti MDA5>0. L'évolution a été favorable sans récidive de convulsions avec extubation à J8 d'évolution. Le diagnostic retenu était un syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible secondaire à une GNA post infectieuse (HTA, protéinurie, hématurie, crises convulsives).

Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible est une entité rare chez l'enfant, doit être évoqué devant des signes neurologiques associés à une HTA.

P 106 Embolie pulmonaire sans hypoxémie révélée par un état de mal épileptique.

Auteurs :

A.abdellatif * (arijabdellatif6@gmail.com): service de réanimation médicale hopital régional de mahres .
R.allala (allala.riana@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
D.dlensi (dorsafdlensi89@outlook.fr): service de réanimation hopital régional de mahres .
F.zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): service de réanimation hopital régional de mahres .
A.guizeni (guizani.amel@icloud.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
E.borni (emna98.borni@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
M.smaoui (smaoui.mariem5@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
S.jerbi (jerbisalma@yahoo.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
F.kaaniche (fatma_kaaniche@yahoo.fr): service de réanimation hopital régional de mahres .

L'embolie pulmonaire est une pathologie fréquente. Les signes cliniques sont peu spécifiques. Les signes neurologiques, notamment les convulsions, sont rarement décrits. Nous rapportons un cas d'embolie pulmonaire proximale sans hypoxémie révélée par un état de mal épileptique.

Une femme âgée de 44 ans, ayant des antécédents pneumonectomie gauche pour cancer du poumon, a été amenée aux urgences pour état de mal épileptique. L'évolution a été marquée par la récidive des crises convulsives tonico-cloniques généralisées malgré le traitement antiépileptique d'où elle a été intubée ventilée sédatée. Elle a été tachycarde à 170 b/min avec une PA à 120/65 mmHg. Elle a reçu un remplissage vasculaire. La radiographie thoracique a montré une opacité de tout le champs pulmonaire gauche en rapport avec une pneumonectomie. L'ECG a objectivé une tachycardie sinusale. A la biologie, nous avons noté une hypokaliémie à 3,04 mmol/l et un taux de CPK à 2107 UI/l sans autres anomalies. Le rapport gazométrique a été à 430 mmHg. La TDM cérébrale et l'IRM cérébrale ont été normales. Devant la tachycardie persistante malgré la correction de la kaliémie et le remplissage vasculaire, les signes du cœur pulmonaire aigu à l'ETT et un taux de d-dimère à 1598

ng/ml, une embolie pulmonaire a été suspectée et confirmée par un angioscanner thoracique en montrant une embolie pulmonaire proximale lobaire et segmentaire inférieure droite avec signes de HTAP. La patiente a été mise sous antibiothérapie pour une pneumopathie d'inhalation, un traitement anticonvulsivant et une anticoagulation curative. La patiente a repris un état de conscience normale au huitième jour d'hospitalisation. Elle a été extubée avec bonne tolérance hémodynamique et respiratoire puis transférée au service de pneumologie pour complément de prise en charge.

L'embolie pulmonaire peut se manifester par une crise convulsive sans hypoxémie. Il est justifié de rechercher systématiquement une embolie pulmonaire devant toute première crise convulsive inexpliquée, notamment en présence d'éléments cliniques ou paracliniques suggestifs

P 107 Prise en charge des AVC hémorragiques en réanimation : étude épidémiologique, clinique, évolutive, et implications pour la pratique

Auteurs :

Samar Achouri (samarachouri@outlook.fr): stage optionnel de néphrologie Sahloul .

Rafla Ben Debebis (rafla_bendabebiss@hotmail.com): réanimation médicale Sahloul .

Hajer Zouari (hajerzouari6@gmail.com): réanimation médicale Sahloul .

Abir Chihoui (abirchihoui123@gmail.com): réanimation médicale Sahloul .

Rania Hidri (rannouch.hidri6@gmail.com): réanimation médicale Sahloul .

Dhouha Belgacem (dhouhabelgacem@gmail.com): réanimation médicale Sahloul .

Mariem Saadaoui (Saadaouimariem97@gmail.com): stage optionnel ranimation médicale Sahloul .

Mohamed Salem Kraoua (medsalemkraoua@gmail.com): stage optionnel réanimation médicale Sahloul .

Houssem Hmouda (houssem_hmouda@yahoo.com): réanimation médicale Sahloul .

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) hémorragiques constituent une urgence médicale grave, associée à une mortalité et une morbidité élevée. Leur prise en charge en réanimation représente un défi diagnostique et thérapeutique majeur.

Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des AVC hémorragiques admis en réanimation médicale, et identifier les facteurs pronostiques de mortalité afin de proposer des recommandations pratiques adaptées

Étude rétrospective descriptive menée au service de réanimation médicale du CHU Sahloul de Sousse, incluant tous les patients hospitalisés pour AVC hémorragique entre janvier 2014 et janvier 2023. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et analysées par SPSS 24.

Seize patients ont été inclus. L'âge moyen était de 62,5 ans avec une prédominance masculine (sex-ratio 1,28). L'hypertension artérielle et le diabète étaient les antécédents les plus fréquents. À l'admission, la PAS moyenne était de 193,7 mmHg et le score NIHSS médian de 13. La ventilation mécanique a été nécessaire chez 13 patients, et une corticothérapie a été instaurée dans 12 cas. L'évolution a été favorable pour 6 patients dont 4 sans séquelles. En revanche, 10 patients sont décédés, principalement à cause d'un engagement cérébral (8 cas) ou d'un choc septique à point de départ pulmonaire (4 cas). En analyse multivariée, seul un score de Glasgow <10 était identifié comme facteur indépendant de mortalité ($p<0,01$).

L'AVC hémorragique reste grevé d'une mortalité élevée. Le score de Glasgow à l'admission constitue un puissant facteur pronostique. L'optimisation de la prise en charge repose sur une stratégie thérapeutique individualisée et l'application des recommandations internationales (AHA/ASA).

P 108 Méningoencéphalites bactériennes en réanimation : étude rétrospective de 14 ans

Auteurs :

Mariem Rékik* (maryemrekik123@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Rania Sassi (ran.sassi@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Rania Ammar Zayani (rania.ammarzayani@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Sabrine Bradii (sabrine.brada2@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Les méningoencéphalites bactériennes représentent une urgence infectieuse majeure, associée à une morbi-mortalité élevée. En réanimation, elles se manifestent par des complications neurologiques graves et un état de choc. Les principaux agents responsables sont *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* et *Listeria monocytogenes*.

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives des patients admis en réanimation pour méningoencéphalite bactérienne.

Étude rétrospective descriptive incluant les patients hospitalisés en réanimation pour méningoencéphalite bactérienne confirmée (ponction lombaire positive ou imagerie compatible associée à une documentation microbiologique) sur une période de 14 ans (2011 -2025). Les données démographiques, cliniques, biologiques, microbiologiques, thérapeutiques et pronostiques ont été collectées et analysées.

Le nombre de patient inclus était 52 patients. La population étudiée était majoritairement constituée d'adultes jeunes avec une médiane d'âge de 26 ans [12-42]. Le tableau clinique initial associait fièvre dans 51 cas (98,1%), une altération de la conscience dans 48 cas (92,3%) et syndrome méningé dans 14 cas (26,9%). Le *Streptococcus pneumoniae* était l'agent isolé le plus fréquent (25%). Une ventilation mécanique a été nécessaire dans tous les cas en raison de troubles neurologiques sévères. Les complications observées comprenaient un œdème cérébral dans 9% des cas, des convulsions dans 44% des cas et un état de choc septique dans 9% des cas. La mortalité restait élevée (28%). Parmi les survivants, des séquelles neurologiques permanentes ont été notées dans un tiers des cas.

Les méningoencéphalites bactériennes constituent une pathologie grave nécessitant une prise en charge urgente et multidisciplinaire en réanimation. Le diagnostic précoce, l'administration rapide d'une antibiothérapie adaptée et la prévention des complications neurologiques et systémiques demeurent essentiels pour améliorer le pronostic.

P 109 Etude épidémiologique de 14 ans des méningoencéphalites virales en réanimation

Auteurs :

Mariem Rékik* (maryemrekik123@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Rania Sassi (ran.sassi@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Rania Ammar Zayani (rania.ammarzayani@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Najeh Baccouch (baccouch.najeh@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Les méningoencéphalites virales représentent une cause majeure d'encéphalopathie aiguë en réanimation. Leur gravité tient à l'atteinte neurologique, aux complications systémiques et neurologiques. Les principaux agents sont les virus Herpes simplex (HSV) et plus rarement, les virus émergents.

Décrire les caractéristiques cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des patients admis en réanimation pour méningoencéphalite virale.

Étude rétrospective descriptive portant sur les patients hospitalisés en réanimation pour méningoencéphalite virale confirmée (PCR positive sur le liquide céphalorachidien ou imagerie compatible) sur une période de 14 ans [2011-2025]. Les données cliniques, biologiques, radiologiques, thérapeutiques et pronostiques ont été analysées.

La population admise en service de réanimation pour méningoencéphalite comporte 78 patients dont 21 cas (26%) sont d'origine virale. Elle était majoritairement constituée d'adultes jeunes avec une médiane d'âge de 26 ans [12-42], un sexe ratio H/F = 1,1. Le score SOFA médian est de 5 [4-7], indiquant une population présentant une défaillance d'organe modérée. Les virus incriminés étaient le Rubéole dans 9 cas (42%) , Herpès Simplex Virus dans 5 cas (23%) , West Nile Virus dans 2 cas (9,5%) ,la Rougeole dans 1 cas (4%) . La majorité des patients présentaient des troubles de conscience (90%) et des crises convulsives (52,3%) à l'admission. L'IRM cérébrale montrait fréquemment des lésions temporales typiques dans les formes herpétiques (100% des formes herpétiques, 23% des méningoencéphalites virales). Tous les patients ont reçu une aciclovir-thérapie empirique précoce. Les complications observées incluaient un état de mal épileptique compliquée d'une détresse respiratoire nécessitant la ventilation mécanique (90,4%) et , un œdème cérébral (14,28%). La mortalité restait élevée estimée à 19% avec des séquelles neurocognitives estimées à 23% (%).

Les méningoencéphalites virales constituent une urgence neurologique grave en réanimation. Le diagnostic repose sur les données cliniques, l'imagerie et la biologie moléculaire. Le traitement antiviral précoce et le support intensif multidisciplinaire demeurent les piliers de la prise en charge.

P 110 Complications hémorragiques après thrombolyse intraveineuse dans l'AVC ischémique aigu : à propos de 8 cas

Auteurs :

Nafissa Derbel* (derbel.nafissa@yahoo.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Rania Ammar Zayani (rania.ammarzayani@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Sana Kharrat (sanakharrat15@hotmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Malek Saguem (malekassaguem@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

L'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique aigu constitue une urgence thérapeutique dont la thrombolyse intraveineuse par l'altéplase reste le traitement de référence lorsqu'elle est administrée

dans la fenêtre thérapeutique. Cependant, cette approche comporte un risque de complications hémorragiques graves, notamment l'hémorragie intracrânienne, pouvant altérer significativement le pronostic fonctionnel et vital.

L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques cliniques, radiologiques et évolutives des patients ayant présenté des complications hémorragiques après thrombolyse intraveineuse pour AVC ischémique aigu.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de réanimation médicale du CHU Habib Bourguiba de Sfax sur une période de 6 mois : janvier 2025 à Juin 2025. Ont été inclus les patients admis pour accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique aigu ayant bénéficié d'une thrombolyse intraveineuse par l'altéplase et ayant présenté une complication hémorragique post-thrombolyse.

Nous rapportons 8 cas d'AVC ischémiques traités par thrombolyse intraveineuse dans notre service, compliqués secondairement de saignement post-thrombolyse. Les patients étaient d'âge moyen de 65 ans, présentaient initialement un déficit neurologique focal avec des scores NIHSS variant entre 8 et 18. Tous ont reçu l'altéplase dans un délai moyen de 2 h 30 après le début des symptômes. Les complications hémorragiques sont survenues dans les 12 à 36 heures suivant la thrombolyse, révélée cliniquement par une altération de la conscience et confirmée par le scanner cérébral. La prise en charge a consisté en l'arrêt du traitement thrombolytique, la correction des troubles de l'hémostase et les mesures de réanimation et parfois recours chirurgie décompressive. Le territoire sylvien total était touché dans 75% L'évolution a été défavorable avec 87.5% de décès.

Malgré le risque hémorragique, la thrombolyse reste le traitement de référence de l'AVC ischémique aigu avec outil standard de diagnostic l'IRMC. La reconnaissance précoce des facteurs de risque, la surveillance rigoureuse et la prise en charge rapide des complications hémorragiques permettent d'en réduire la morbi-mortalité et d'optimiser le pronostic fonctionnel.

P 111 Valeur pronostique de la détection des lésions axonales diffuses dans le traumatisme crânien grave

Auteurs :

H. Chaabouni (hamdichaabouni@yahoo.fr): Service de réanimation médicale, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar Hôpital régional de Zaghouan .

N. Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): Service de réanimation médicale, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar Hôpital régional de Zaghouan .

B. Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): Service de réanimation médicale, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar Hôpital régional de Zaghouan .

S. Temani (temanisara10@gmail.com): Service de réanimation médicale, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar Hôpital régional de Zaghouan .

K. Ben Ismail (khaoula.benismail@gmail.com): Service de réanimation médicale, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar Hôpital régional de Zaghouan .

F. Essafi (essafifatma1302@gmail.com): Service de réanimation médicale, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar Hôpital régional de Zaghouan .

T. Merhabene (takoua.merhabene@fmt.utm.tn): Service de réanimation médicale, faculté de médecine de Tunis, université Tunis El-Manar Hôpital régional de Zaghouan .

Les traumatismes crâniens graves (TCG) sont associés fréquemment à des lésions axonales diffuses (LAD), non visibles au scanner. L'imagerie par Résonance Magnétique cérébrale (IRMc) peut détecter ces lésions, ce qui peut modifier le pronostic ultérieur

Évaluer la fréquence des LAD à l'IRM chez des patients avec TCG grave, comparer les caractéristiques et le pronostic entre 2 groupes avec et sans LAD

Étude rétrospective monocentrique réalisée à l'hôpital régional de Zaghouan sur 3 ans incluant les patients avec TCG admis en réanimation et ayant eu une IRM cérébrale pour explorer un retard de réveil. Deux groupes ont été comparés : Groupe 1 : LAD (n=7) versus Groupe 2 : absence de LAD (n=10). Les caractéristiques démographiques et ont été analysés. La classification radiologique des

LAD était basée sur la Classification d'Adams et Gennarelli. Le pronostic a été évalué par le score GOSE à la sortie et la mortalité intra-hospitalière

Au Total, 17 patients ont été inclus. Une prédominance masculine a été notée avec un genre ratio à 4,67. Les deux groupes étaient comparables pour l'âge ($34 \pm 8,5$ vs $32,2 \pm 17,7$ ans ; $p=0,21$), les scores IGS ($33 \pm 12,2$ vs $31,5 \pm 11,7$; $p=0,56$), APACHE II ($14,3 \pm 6,8$ vs $15,5 \pm 7,5$; $p=0,84$) et ISS ($29[9-44]$ vs $11[9-33]$; $p=0,22$), le délai de réalisation de l'IRMc en jour (7 vs $14,2 \pm 7,5$; $p=0,53$), la durée de ventilation mécanique ($28,3 \pm 3$ vs $29,7 \pm 4$ jours; $p=0,68$), le délai de réveil (8 ± 1 vs 6 ± 1 jours; $p=0,06$) et la durée de séjour en réanimation (28 ± 3 vs $37,2 \pm 2$ jours; $p=0,8$). Les LAD de forme œdémateuse étaient les plus fréquentes (57,1 %), avec une prédominance des grades II et III (31,9 %). L'atteinte du corps calleux était retrouvée dans 20,7 % des cas, celle des noyaux gris centraux dans 22,2 % et celle du tronc cérébral dans 11,8%. Ces lésions n'ont pas été vu au scanner cérébral. Un GCS initial ≤ 8 était plus fréquemment noté dans le groupe 1 ($p = 0,05$). Le score GOSE favorable à la sortie ($>=5$) était plus fréquemment observé dans le groupe 2 ($p = 0,07$), tandis que la mortalité était plus élevée dans le groupe 1 ($p = 0,051$).

Les LAD sont fréquentes dans les TCG et associées à une mortalité et un pronostic fonctionnel défavorables. L'IRM cérébrale, utile pour le diagnostic et le pronostic, mérite une utilisation plus large. Des études de plus large échelle sont nécessaires

P 112 Severe neuroinvasive West Nile virus infection requiring intensive care

Auteurs :

Sarra Temani (temanisara10@gmail.com): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan .

Najla Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan .

Khaoula Ben Ismail (khaoula.benismail@gmail.com): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan .

Boudour Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan .

Mohamed Aziz Fehri (fehriaziz7@gmail.com): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan .

Zeineb Lagrem (lagremzeineb98@gmail.com): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan .

Fatma Essafi (essafifatma1302@gmail.com): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan .

Takoua Merhabene (takouamerhabene@yahoo.fr): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan.

West Nile virus (WNV) is an emerging neurotropic arbovirus causing severe central nervous system infections. While most cases are mild, neuroinvasive forms such as meningoencephalitis may lead to respiratory failure, coma, or death, requiring intensive care and posing major prognostic challenges.

We report two cases of confirmed West Nile virus meningoencephalitis admitted to the intensive care unit of Zaghouan's Regional Hospital in July and August 2025. Case 1: A 62 years-old man with hypertension and previous ischemic stroke presented with fever and confusion (GCS=13). Initial cerebrospinal fluid (CSF) analysis was normal. Four days later, he deteriorated neurologically (GCS=8) and developed acute respiratory failure, requiring invasive mechanical ventilation. Brain CT revealed only old lacunar ischemic lesions. Laboratory findings showed rhabdomyolysis (CK=2887 U/L), elevated lipase (800=U/L), and acute kidney injury (creatinine=130 μ mol/L). Repeat CSF remained normal, but WNV IgM antibodies were positive. The EEG demonstrated a slowed background rhythm suggesting diffuse cerebral dysfunction. Following withdrawal of sedation and despite supportive care, he remained comatose and died after 14 days from refractory septic shock. Case 2: A 70 years-old previously healthy man presented with fever, headache, photophobia, and phonophobia. Neurological examination showed no meningismus or focal deficits. CSF contained 170 white cells (65% neutrophils, 35% lymphocytes), normal protein and glucose. PCR confirmed WNV. After three days, he deteriorated (GCS=7) and required invasive mechanical ventilation. Brain and spinal MRI were both normal. EEG showed a slowed, reactive background without epileptiform discharges, consistent with encephalopathy. The patient had a tracheostomy and his condition remained unchanged neurologically, and after 40 days, he succumbed to refractory septic shock. The entomological report from Zaghouan identified

Culex pipiens as the dominant mosquito species (88.7%), based on the morphological analysis of 62 specimens collected in September 2025.

West Nile meningoencephalitis should be considered in severe febrile neurological cases. The poor outcomes observed, particularly in older or vulnerable patients, emphasize the need for early recognition, supportive care, and preventive strategies to limit severe neuroinvasive disease.

P 113 Méningo-encéphalite à *Klebsiella pneumoniae* compliquée chez une patiente immunocompétente : à propos d'un cas

Auteurs :

malek essaguem (malekassaguem@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Sabrine Bradai (sabrine.brada2@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

nafissa derbel (derbel.nafissa@yahoo.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

rania sassi (Ran.sassi@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

kamilia Chtara (kamilia.chtaraelaaoud@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.

La méningite à *Klebsiella pneumoniae* est une infection rare du système nerveux central, survenant le plus souvent dans un contexte de neurochirurgie, de traumatisme crânien ou d'immunodépression. Les formes communautaires chez des patients immunocompétents sont exceptionnelles et souvent de pronostic défavorable.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 47 ans, sans antécédents, admise aux urgences pour des céphalées intenses, des cervicalgies et des hallucinations, évoluant dans un contexte fébrile sans déficit sensitivo-moteur initial. L'évolution a été rapidement défavorable avec altération de la conscience (GCS 6/15), justifiant l'intubation et la ventilation mécanique. Le scanner cérébral a révélé une thrombose partielle de la veine jugulaire droite et un comblement quasi total de l'hémosinus sphénoïdal gauche. La ponction lombaire a montré un liquide trouble, riche en leucocytes, avec hyperprotéinorachie (1,15 g/L), hypoglycorachie (0,01 mmol/L) et lactates élevés (21 mmol/L). L'examen direct a mis en évidence des bacilles à Gram négatif, et la culture a isolé *Klebsiella pneumoniae* sauvage. La patiente a été traitée par céfotaxime (300 mg/kg/j) et dexaméthasone (10 mg x 4/j), associés à une anticoagulation curative. À J3, l'IRM cérébrale a montré une méningo-encéphalite diffuse compliquée d'une ventriculite, d'une plexite choroïdienne et de multiples foyers ischémiques sus et sous-tentoriels évoquant une vascularite post-infectieuse. La ponction lombaire de contrôle restait pathologique, et l'IRM de suivi a objectivé l'apparition d'abcès cérébraux. Face à cette aggravation, la posologie du céfotaxime a été augmentée (6 g x 4/j) et la ciprofloxacine (400 mg x 3/j) ajoutée. Après 42 jours d'antibiothérapie, une normalisation du LCR et une régression radiologique des abcès ont été observées. Sur le plan neurologique, la patiente restait en état végétatif. Des crises infracliniques ont été suspectées, justifiant l'instauration d'un double traitement antiépileptique (lévétiracétam et valproate de sodium). L'EEG montrait une souffrance cérébrale diffuse de bon pronostic. La patiente a ensuite été progressivement sevrée et transférée à domicile en ventilation spontanée sur canule de trachéotomie. La méningite à *Klebsiella pneumoniae* communautaire chez un sujet immunocompétent est exceptionnelle mais de pronostic sévère. L'association à une thrombose veineuse cérébrale et à des complications suppuratives souligne la gravité potentielle de cette infection. Un diagnostic précoce, une adaptation rapide de l'antibiothérapie et une prise en charge multidisciplinaire sont essentiels pour améliorer le pronostic vital et neurologique.

P 114 Brûlures chez les patients épileptiques mal observants : Étude descriptive

Auteurs :

Souhaila Ben Massoud (sou.benmassoud@gmail.com): service de réanimation des brûlés CTGB .

Hana Fredj (fredjhanask@gmail.com): service de réanimation des brûlés CTGB .

Dhafer Soltani (dhaferxsoltani@gmail.com): service de réanimation des brûlés CTGB .

Amal Aloui (alouiamalhk@gmail.com): service de réanimation des brûlés CTGB .

Amenne Alouini (amenne.alouini@fmt.utm.tn): service de réanimation des brûlés CTGB .

Amen Allah Messadi (amen933@gmail.com): service de réanimation des brûlés CTGB .

Amel Mokline (amel.mokline@fmt.utm.tn): service de réanimation des brûlés CTGB .

Les patients épileptiques présentent un risque accru de brûlures graves, en lien avec la survenue de crises imprévisibles. Ce risque est particulièrement majoré en cas de mauvaise observance du traitement antiépileptique.

Décrire les caractéristiques thérapeutiques et le profil d'observance de patientes épileptiques victimes de brûlures.

Étude descriptive rétrospective menée au service de réanimation des brûlés du Centre de traumatologie et des grands brûlés sur une période de dix ans (2014–2024). Ont été inclus les patients épileptiques hospitalisés pour brûlures secondaires à une crise épileptique. Les données cliniques, paracliniques et thérapeutiques, notamment les dosages d'antiépileptiques ont été recueillis et analysées.

Trente-cinq patients ont été inclus, d'âge moyen 37 ± 16 ans, avec un sexe ratio de 0,8. Les brûlures étaient principalement thermiques (95 %) et survenaient dans un contexte domestique (81 %). Elles étaient profondes dans 77 % des cas, avec une surface corporelle brûlée moyenne de 13 ± 9 %. Vingt-quatre patients (69 %) n'étaient pas suivis régulièrement. Dix-neuf (54 %) étaient non observants du traitement de fond. Dix-neuf patients (46%) étaient sous monothérapie, dont onze traités par acide valproïque. (Figure 1 et tableau 1). Parmi les 28 patients sous antiépileptiques, le dosage a été réalisé chez 20 (57 %) : un seul patient présentait des concentrations thérapeutiques normales, tandis que 19 patients (54 %) étaient sous-dosés (dépakinémie moyenne : 24 ± 15 mg/L ; barbitémie : 13 ± 5 mg/L ; carbamazépinémie : 3 ± 1 mg/L).

Les brûlures chez les patients épileptiques sont principalement dues à une mauvaise observance thérapeutique et un suivi insuffisant (70% des cas). Une meilleure éducation, un contrôle régulier des taux sériques et un accompagnement adapté permettraient d'en prévenir la majorité.

P 115 Brûlures chez l'épileptique :Complications et pronostic

Auteurs :

Souhaila Ben Massoud (sou.benmassoud@gmail.com): service de réanimation des brûlés CTGB .

Hana Fredj (fredjhanask@gmail.com): service de réanimation des brûlés CTGB .

Dhafer Soltani (dhaferxsoltani@gmail.com): service de réanimation des brûlés CTGB .

Amenne Alouini (amenne.alouini@fmt.utm.tn): service de réanimation des brûlés CTGB .

Amal Aloui (alouiamalhk@gmail.com): service de réanimation des brûlés CTGB .

Amen Allah Messadi (amen933@gmail.com): service de réanimation des brûlés CTGB .

Amel Mokline (amel.mokline@fmt.utm.tn): service de réanimation des brûlés CTGB .

Les brûlures chez les patients épileptiques survenant dans les suites des crises constitue une conséquence grave qui peut compromettre le pronostic vital et fonctionnel.

Décrire les caractéristiques évolutives et pronostiques des patients épileptiques victimes de brûlures.

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective menée au service de réanimation des brûlés au centre de traumatologie et des grands brûlés sur une période de 10 ans (2014-2024). Ont été inclus les patients épileptiques admis pour brûlures survenant dans les suites d'une crise épileptique. Ont été recueillis les données cliniques et évolutives.

Durant la période d'étude, 72 patients épileptiques ont été admis dont 35 patients ont été brûlés dans les suites d'une crise épileptique. L'âge moyen était de 37 ± 16 ans. Le sexe ratio était de 0,8. Les brûlures étaient principalement thermiques (95%) et survenaient dans un cadre domestique (81%). Les brûlures touchaient principalement les membres inférieurs chez 12 patients (34 %) et les membres supérieurs chez 9 patients (26 %). Il s'agissait des brûlures profondes dans 77% des cas. La surface cutanée brûlée moyenne était de $13 \pm 9\%$. Quatre patients ayant des brûlures circulaires d'un membre ont présenté un syndrome des loges avec recours à l'incision de décharge. Les brûlures ont évolué vers la nécrose chez 23 patients (65%) dont 17 patients ont eu une excision mécanique des tissus nécrotiques. Neuf patients (26%) ont ensuite bénéficié d'une greffe de peau mince. Douze patients ont eu au moins une crise épileptique durant leur séjour. Les crises épileptiques ont cédé spontanément chez 4 patients, après l'administration du clonazépam chez 6 patients et après un bolus de midazolam chez 2 patients intubés. Un seul patient a évolué vers un état de mal épileptique avec recours à un coma thérapeutique. Vingt et un (60%) patients ont présenté au moins un épisode infectieux. La porte d'entrée était cutanée chez 19 patients (90%). La durée médiane de séjour en réanimation était de 11 jours [6-19]. La mortalité chez notre population était de 14% (n=5). La cause du décès était le sepsis chez tous ces patients.

Les brûlures chez l'épileptique sont souvent profondes et associées à un risque accru de survenue de complications locales et infectieuses pouvant menacer le pronostic vital et fonctionnel.

P 116 INFARCTUS BULBAIRE PARAMEDIAN BILATERAL : FORME RARE D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE

Auteurs :

N.Mizouri* (nadamizouri27@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte .

I.Trabelsi (insaf.trabelsi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte .

H.Brahmi (wtbrahmi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte .

J.Guissouma (Jihene.guissouma@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte .

H. Ben Ali (Hana.benali@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte .

H.Ghadhoune (Hatem.ghadhoune@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte .

L'accident vasculaire cérébral ischémique (AVCI) est une pathologie fréquente. Néanmoins, les lésions bulbaires ne représentent qu'une faible proportion. Leurs formes paramédianes et bilatérales sont encore plus rares. Son diagnostic est souvent tardif en raison de sa rareté et sa symptomatologie trompeuse.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 50 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle non suivie, qui a consulté les urgences pour des céphalées intenses associées à un engourdissement de l'hémicorps droit d'installation rapidement progressive. L'examen neurologique initial a objectivé un score de Glasgow à 15, des pupilles en position intermédiaire réactive, une hémiplégie droite et un ptosis droit. La pression artérielle était de 230/94 mmHg. Après stabilisation de l'état hémodynamique, un scanner cérébral injecté a été réalisé à H12 de la symptomatologie, qui était sans anomalie. L'évolution était marquée par l'altération de l'état neurologique avec apparition d'une tétraplégie flasque, une dysarthrie et des troubles de la déglutition. Le recours à la ventilation mécanique invasive était indiqué devant la détresse neurologique et respiratoire. La TDM cérébrale de contrôle et la ponction lombaire étaient normales. Les causes métaboliques, toxiques et traumatiques ont été éliminées. Après l'arrêt de la sédation, Le patient ouvrait ses yeux spontanément avec un contact présent, et l'examen neurologique a révélé une quadriplégie avec paralysie oculo-facio-

pharyngolaryngée et conservation de clignement et des mouvements de la verticalité des globes oculaires. L'IRM cérébrale et médullaire a mis en évidence une plage en hypersignal T2/FLAIR et diffusion bulbaire paramédiane bilatérale réalisant un aspect « en cœur » en rapport avec un AVCI avec de l'œdème vasogénique. Son état neurologique est resté stationnaire le long de son séjour. Il est décédé à J29 de prise en charge suite à un état de choc septique réfractaire avec défaillance multiviscérale.

L'infarctus bulbaire paramédian bilatéral est une atteinte rare et de mauvais pronostic. Notre cas illustre la gravité et les difficultés diagnostiques de cette pathologie, étant donné que l'imagerie cérébrale est peu révélatrice à la phase précoce.

P 117 ALTERED MENTAL STATUS: A RARE MANIFESTATION OF BRASH SYNDROME

Auteurs :

I.Ben Braiek* (ikrambenbraiek@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte .

I.Trabelsi (insaf.trabelsi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte .

H.Brahmi (wtbrahmi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte .

H. Allouche (Hend.allouche@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte .

H. Ben Ali (Hana.benali@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte .

H.Ghadhoune (Hatem.ghadhoune@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

BRASH syndrome represents a rare clinical entity where the interplay of Bradycardia, Renal failure, Atrioventricular nodal blockade, Shock, and Hyperkalemia can trigger a life-threatening downward spiral toward multiorgan failure. Although uncommon altered mental status may be observed in this syndrome.

A 75-year-old woman with a history multiple chronic conditions (type 2 diabetes mellitus, hypertension, Alzheimer's disease and a recent ischemic stroke with no residual neurological deficit) was brought to the emergency department with altered mental status and a significant dysarthria, bradycardia related to a first-degree atrioventricular (AV) block, and shock requiring norepinephrine support. Routine investigations revealed hyperkalemia (6.08 mmol/L), renal impairment (creatinine 204 µmol/L), mild anemia (Hb 10.2 g/dL), thrombocytopenia (10,000/mm³), elevated liver enzymes indicating cytolysis and cholestasis, and severe metabolic acidosis with elevated lactate. The patient was stabilized and received medical treatment for hyperkalemia then underwent a CT scan showing vasculodegenerative leukopathy with a cortico-subcortical atrophy, she was then admitted to the intensive care unit. A diagnosis of BRASH syndrome was considered. The patient underwent renal replacement therapy for KDIGO stage 3 acute kidney injury. However, her condition worsened neurologically and respiratory, requiring invasive mechanical ventilation. Follow-up brain CT was unremarkable, and EEG revealed a non-reactive, globally slowed background rhythm without epileptiform discharges or features of status epilepticus. Despite maximal supportive care, the patient progressed later to refractory septic shock and died.

This case illustrates the diagnostic and therapeutic challenges associated with BRASH syndrome, particularly in elderly patients with multiple comorbidities. It underscores the need for early recognition to prevent rapid clinical deterioration, even in the context of appropriate supportive care.

P 118 Prise en charge préhospitalière des traumatisés crâniens

Auteurs :

Snoussi Haifa (Haifa_snoussi@medecinesfax.org): service des urgences Hopital régional de Mahares .
Kammoun wael (waelkammoun268@gmail.com): services des urgences Hopital régional Mahares .

Ben Ali Fedi (fedibenal456@gmail.com): services des urgences Hopital régional Mahares .

kessentini Firas (firas.kessentini@medecinesfax.org): services des urgences Hopital régional Mahares .

La grande majorité des traumatismes crâniens (TC) sont légers, mais il n'est pas toujours facile de distinguer une blessure légère d'un TC plus grave en milieu préhospitalier.

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la prise en charge préhospitalière des Traumatismes Crâniens par le SMUR.

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur tout patient victime d'un traumatisme crânien et pris en charge en préhospitalier par l'équipe du SMUR durant une période de 22 mois soit du 1er janvier 2023 au 30 octobre 2024.

Notre étude portait sur 50 patients qui étaient pris en charge pour un TC soit une fréquence de 4,32%. Nous avons noté une incidence annuelle moyenne des TC de 25 cas/an et une incidence mensuelle moyenne des TC de 2 cas/mois (de 1 à 6 cas/mois). L'âge moyen était de $40,5 \pm 21,7$ ans (de 5 à 81 ans) avec une prédominance masculine (sex ratio homme/femme = 5,2). Le délai de prise en charge préhospitalière était < 60 minutes chez 37 patients (74%). Le transport vers l'hôpital de destination se faisait en moins de 60 minutes chez 25 patients (50%). Les AVP représentaient 76% des causes de TC, les chutes étaient la cause dans 24% des cas. L'impact crânien était le plus souvent frontal (36%). Le score de Glasgow (GCS) avait une médiane de 8/15 (de 3 à 15). Le GCS était $\leq 8/15$ chez 26 patients (52%). Une oxygénothérapie nasale en ventilation spontanée était utilisée chez 8% des patients. 33 patients ont eu recours à la ventilation mécanique après oxygénothérapie dont 2 cas après une exsufflation. Il s'agit d'un traumatisme crânien isolé chez 31 patients (62%) et associé à d'autres traumatismes chez 19 patients (38%). 41 patients (82%) avaient des TC modérés à sévères. Pendant le transport médicalisé, une aggravation neurologique était notée chez 2 patients (4%) et une aggravation respiratoire chez 1 patient (2%).

La prise en charge préhospitalière et précoce des traumatismes crâniens permet de lutter contre les agressions cérébrales secondaires d'origine systémique et par la suite améliorer le pronostic des patients.

P 119 DELIRIUM TREMENS: A PROPOS D'UN CAS

Auteurs :

K. Ben Algia (khaoulabenalgia@gmail.com): Réanimation médicale Houcine Bouzaiène Gafsa .

F. Jalloul * (jalloul.faten@gmail.com): Réanimation médicale Houcine Bouzaiène Gafsa .

N.Ben Algia (najlabenalgia1@gmail.com): Réanimation médicale Houcine Bouzaiène Gafsa .

F. Fatma (fatma.el.fekii@gmail.com): réanimation médicale Houcine Bouzaiène Gafsa .

Le delirium tremens est la complication neurologique la plus grave du sevrage alcoolique. Il associe confusion, agitation, hallucinations et troubles neurovégétatifs. Il engage le pronostic vital en l'absence d'une prise en charge rapide et adaptée.

Nous rapportons le cas d'un patient de 40 ans, éthylique chronique avec polyneuropathie alcoolique, admis aux urgences pour agitation extrême. Dix jours avant, il avait arrêté volontairement la consommation d'alcool. Quatre jours plus tard, sont apparus un refus d'alimentation, une confusion mentale, puis une agitation avec hallucinations, motivant la consultation psychiatrique et le transfert aux urgences. À l'examen : agitation marquée, confusion, désorientation spatio-temporelle, tremblements, GCS 11/15. TA 140/80 mmHg, FC 105 bpm, FR 30/min, SpO₂ 94 %, T° 37,8 °C. Signes de déshydratation marqués. L'auscultation retrouvait des râles bronchiques bilatéraux. La radiographie

thoracique montrait un syndrome bronchique avec images alvéolaires bilatérales. Le scanner cérébral était sans anomalies. À la biologie : glycémie 6 mmol/l, GB 11 000/mm³, plaquettes 507 000/mm³, TP 92 %, Na⁺ 140 mmol/l, K⁺ 3,78 mmol/l, Cl⁻ 101 mmol/l, HCO₃⁻ 28 mmol/l, CPK 204 UI/l, ASAT 46 UI/l, CRP 98 mg/l. Le patient a été admis en réanimation, monitoré et mis sous oxygénothérapie. Le traitement comportait diazépam (10 mg IV puis 40 mg/24h en PSE), vitamine B1 (300 µg/24h IM), hydratation (SSI 3 L + SG5% 1,5 L/24h), amoxicilline-acide clavulanique (3 g/j), IPP (40 mg/j) et HBPM à dose préventive. L'évolution a été favorable : amélioration neurologique dès J2, régression de la confusion à J3 et disparition des tremblements à J6. Le patient est sorti à J11 avec un suivi neurologique.

Au cours du sevrage alcoolique, l'identification précoce des patients à risque permet de prévenir l'évolution vers le delirium tremens. Une fois installé, une prise en charge rapide et optimale améliore le pronostic vital et réduit les complications associées.

P 120 Déficit moteur au cours de l'encéphalopathie hypercapnique : à propos de 3 cas.

Auteurs :

N.Foudhaili* (foudhailin@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .
O.Saadaoui (osaadaoui122@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .
W.Brahmi (brahmiwala@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .
S.Khabouchi (khabouchisirine@gmail.com): Service des Urgences Hôpital Régional du Kef .

En dehors de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke et de l'hypoglycémie, les encéphalopathies métaboliques ne s'accompagnent habituellement pas de déficit moteur. Nous rapportons 3 cas de déficit moteur imputé à un coma hypercapnique.

Il s'agissait de 3 hommes âgés de 56, 68 et 74 ans, atteints de BPCO post-tabagique. Sur le plan clinique, ils présentaient un GCS à 3 avec myosis et hémiplégie ; et un état de choc sans tachycardie. Aux GDS: pH(1)=6,99, PCO₂(1)=189mmHg, HCO₃-(1)=46,7mmHg ; pH(2)=6,87, pCO₂(2)=173mmHg, HCO₃-(2)=42mmHg ; pH(3)=6,89, PCO₂(3)=147mmHg, HCO₃-(3)=44mmHg. Le scanner cérébral initial était sans anomalies dans les 3 cas. L'évolution était favorable sous VNI et catécholamines. Aucune cause d'hypotension artérielle n'a été identifiée. Au réveil, les patients ne présentaient pas de déficit moteur et le scanner cérébral de contrôle n'a pas montré d'anomalies en faveur d'un AVC.

Le déficit moteur au cours de l'encéphalopathie hypercapnique, très rarement rapporté dans la littérature, reflète la sévérité de l'acidose. Il constitue un élément de gravité et une prise en charge tardive ou inadaptée pourrait causer des lésions irréversibles.

P 121 Les polyradiculonévrites type AMAN : à propos de 3 cas

Auteurs :

Larnaout Hiba (hiba.larnaout@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .
Ouhibi Asma (ouhibasma4@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .
Homrani Wafa (homraniwafa@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .
Seghir Eya (eya.seghir.91@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .
Messaoud Lynda (lyndamessaoud1991@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .
Mehdi Asma (asmaelmaidi245@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .
Trifi Ahlem (trifiahlem2@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .
Abdellatif Sami (abdellatifsamy@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .

La neuropathie axonale motrice aiguë (AMAN) est une forme axonale, motrice pure du syndrome de Guillain-Barré. Le diagnostic repose sur l'électromyogramme (EMG) et la détection d'anticorps spécifiques. Les traitements incluent l'immunoglobuline intraveineuse, la plasmaphérèse et parfois des corticoïdes.

Nous rapportons les observations de 3 patients hospitalisés en unité de soins intensifs pour des symptômes neurologiques en rapport avec une polyradiculonévrite type AMAN. Une infection virale précédant les signes neurologiques était le point commun entre les 3 patients. L'atteinte motrice pure a été confirmé par un EMG chez les 3 patients. Néanmoins une seule IRM parmi les 3 était pathologique mais non spécifique. L'évolution était favorable pour une seule patiente avec sortie à domicile.

Un épisode infectieux a précédé l'apparition des symptômes neurologiques chez nos 3 malades. La confirmation diagnostic a reposé sur l'EMG .les 3 patients ont reçu une cure d'immunoglobuline. On a eu recours à la plasmaphérèse avec un seul malade.

P 122 Du moustique au cerveau: forme neuro-invasive de la fièvre du Nil occidental

Auteurs :

BOUHADJAR BILAL (bouhadjar.bilal21@gmail.com): Anesthésie-Réanimation EPH BRAHMIA MESSOUD BOUCHEGOUF -GUELMA- .

BOUHEDJA ASMA (bouhedja.asma@gmail.com): Service de Médecine EPH BRAHMIA MESSOUD BOUCHEGOUF -GUELMA- .

Le virus du Nil occidental est un arbovirus transmis à l'homme par les moustiques Culex. Souvent asymptomatique, il peut provoquer des formes neuro-invasives graves. Nous rapportons un cas révélé par une atteinte neurologique méningée.

Patiente T.F., âgée de 64 ans, vivant en zone rurale de l'Est algérien, suivie pour hypertension artérielle et hypothyroïdie, admise en période estivale pour tableau d'agitation fébrile. L'examen clinique a objectivé une confusion avec altération de l'état général ainsi que des céphalées fébriles évoluant depuis dix jours accompagnées de myalgies diffuses et une asthénie marquée. Par ailleurs, un tableau de méningite a été mis en évidence fait de raideur de la nuque, une photophobie et des vomissements, sans déficit moteur. Il n'y avait ni rash cutané, ni adénopathie. Aucun voyage récent n'a été signalé, mais l'entourage rapportait de nombreuses piqûres de moustiques les jours précédents. Une batterie d'examens complémentaires à été lancée mettant en évidence une discrète leucopénie d à $3,5 \times 10^3/\text{mm}^3$ associée à un léger syndrome inflammatoire. La ponction lombaire révélant une hypercellulorachie à prédominance lymphocytaire , une hyperprotéinorrhachie et une hypoglycorachie . A l 'IRM cérébrale des hypersignaux des noyaux gris centraux avec prise de contraste méningée diffuse ont été objectivé. Le diagnostic d'une infection neuro invasive à virus du Nil occidental, était retenue devant la positivité des sérologies dans le sang et dans le LCR. Devant la dégradation de l'état de la patiente avec survenue des troubles de la conscience, elle a été hospitalisé en unité de soins intensifs ou des mesures de réanimation ont été faites sans succès et elle est décédée après sept jours d hospitalisation

La fièvre du Nil occidental doit être évoquée dans les zones endémiques devant toute méningite lymphocytaire estivale avec exposition aux moustiques. La prévention repose sur la lutte antivectorielle et la surveillance.

P 123 Corrélation entre le score de Glasgow et les réflexes protecteurs des voies respiratoires : une évidence non toujours retrouvée.

Auteurs :

Nasreddine Foudhaili (foudhailin@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .

O.Saadaoui (osaadaoui122@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .

W.Brahmi (brahmiwala@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .

S.Ouerghi (ouerghiseif16@gmail.com): Service des Urgences Hôpital Régional du Kef .

Un score de Glasgow < 9 est une indication à la protection des voies respiratoires par l'intubation trachéale mais la corrélation du score de Glasgow avec les réflexes protecteurs des voies aériennes n'est pas toujours retrouvée.

Le but de ce travail était d'étudier les réflexes de la toux (RT) et pharyngé (RP) chez les patients présentant des troubles de la conscience et leur relation avec la survenue d'une pneumopathie d'inhalation (PNI).

Nous avons mené une étude rétrospective de 1 ans incluant les patients ayant présenté une altération de l'état de conscience et ayant nécessité l'intubation. Les reflexes de toux et pharyngés, le GCS, le type de coma et la survenue d'une PNI ont été relevés chez les patients et la relation entre ces différentes variables a été analysée.

Nous avons inclus 56 patients dont l'âge moyen était de 51 ± 18 ans (19-80) avec une prédominance féminine (H/F=32/24). Les principales indications de l'intubation étaient les intoxications (45%), les encéphalopathies hypercapniques (30%), les AVC (19%) et les infections du système nerveux central (5%). Le coma était lésionnel dans 27% des cas et fonctionnel dans 73% des cas. Le GCS était de 7 ± 4 (3-12) et <9 dans 68% des cas. Le RT était retrouvé dans 52% des cas et le RP dans 53% des cas. La pneumopathie d'inhalation (PNI) était diagnostiquée dans 50% des cas. Le RT et le RP étaient présents respectivement chez 61% et 53% des cas de GCS<9 et étaient absents respectivement dans 67% et 44% des cas de GCS \geq 9. Seul le RT était significativement lié au GCS et paraît plus conservé dans les cas de GCS<9 ($p \approx 0.030$). Concernant la PNI, le GCS et le type de coma n'avait pas d'impact significatif sur la survenue d'une PNI et seul le RT était significativement lié à la survenue d'une PNI mais uniquement chez les patients à GCS<9 ($p \approx 0.032$).

Les reflexes protecteurs des voies respiratoires ne paraissent pas être corrélés avec la profondeur du coma et la décision d'intubation en cas de troubles de la conscience ne doit pas tenir compte uniquement de la valeur absolue du GCS.

P 124 Polyradiculonévrite post COVID 19:à propos d'un cas

Auteurs :

Asma Ouhibi (ouhibiasma4@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .

Hiba Larnaout (hiba.larnaout@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .

Eya Seghir (eya.seghir.91@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .

Lynda Messaoud (lyndamessaoud1991@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .

Asma Mahdi (asmaelmahdi245@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .

Ahlem Trifi (trifiahlem2@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .

Sami Abdellatif (abdellatifsamy@gmail.com): réanimation médicale la Rabta .

Le syndrome de Guillain-Barré est une polyradiculonévrite aiguë . Une infection précède souvent de 1 à 3 semaines la symptomatologie. Il s'agit généralement d'un processus auto-immun post-infectieux . La PRN est une complication rare du SRAS-Cov-2 .

Patiente âgée de 11 ans, sans ATCDS, non vaccinée contre la COVID19. Elle a présenté 10 jours avant son admission en réanimation un syndrome grippal pour lequel elle a été mise sous traitement symptomatique. L'évolution a été marquée par l'apparition d'un ptosis, paresthésie des membres

inférieurs en chaussette, et des troubles de la déglutition. La patiente a été donc hospitalisée .Devant l'altération de son état neurologique par la suite, la patiente a été transférée en réanimation. L'examen neurologique à l'admission trouve une aréflexie ostéotendineuse, des réflexes cutanés plantaires en flexion et des paresthésies des membres inférieurs. Dans le cadre du bilan étiologique, une ponction lombaire a été réalisé : Liquide clair, 0 EB , protéinorrachie 0,3g/L, glucorrachie =4,02 mmol/L. Culture négative . Pas de dissociation albumino-cytologique.PCR COVID19 négative. L'IRM cérébro-médullaire a objectivé : Discrète prise de contraste des espaces sous-arachnoidiens péri-radiculaires au niveau des racines de la queue de cheval faisant évoquer une polyradiculonévrite. L'EMG: Tracé en faveur d'une atteinte myogène. Ac anti gangliosides , Ac anti Rach, Ac anti Musk ,Panel myositique (anti synthétase, anti Mi2, anti SRP) : négatifs. Biopsie neuromusculaire montre une atteinte en faveur d'une PRN d'origine secondaire, pas d'atteinte myositaire. Sérologies(CMV, EBV , VZV, Mycoplasme Pneumoniae et Campylobacter Jejunum sont négatives. Sérologie COVID 19 positive à IgG. La patiente a bénéficié d'une cure d'immunoglobulines. Elle a eu une trachéotomie chirurgicale avec un sevrage ventilatoire progressif. L'évolution était favorable et la patiente a été mise sortante à domicile après décanulation à j40 de prise en charge.

L'infection à Covid-19 est associée à diverses complications neurologiques, dont la polyradiculonévrite. Le diagnostic positif chez notre patiente a nécessité le recours à la biopsie musculaire et aux sérologies virales. L'évolution était favorable avec une récupération ad integrum.

P 125 La triade de GURD en réanimation : à propos de trois cas

Auteurs :

Zeineb Lagrem (lagremzeineb98@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan .

Khaoula Ben Ismail (khaoula.Benlsmail@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan .

Sarra Temani (temanisara10@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan .

Nejla Ben Slimene (nejlabenslimene@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan .

Boudour Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan .

Fatma Essafi (essafifatma1302@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan .

Takoua Merhabene (takouamerhabene@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan .

L'embolie graisseuse est une complication rare mais grave des fractures des os longs. Elle résulte de l'obstruction microvasculaire par des particules lipidiques, responsable d'atteintes respiratoires, neurologiques et multiviscérales nécessitant une prise en charge rapide et multidisciplinaire.

Nous rapportons trois cas d'embolie graisseuse diagnostiqués en réanimation chez des patients âgés de 39, 46 et 63 ans, admis pour détresse respiratoire et neurologique dans un contexte de polytraumatisme.Tous présentaient une fracture fémorale,immobilisée dès l'admission. Dans les 24 à 72 heures suivant le traumatisme, ils ont développé une détresse respiratoire associée à des troubles neurologiques à type d'agitation et de confusion,sans autre cause identifiée. Un rash pétéchial était observé chez deux d'entre eux. Les gaz du sang ont montré une hypoxémie sévère nécessitant une ventilation mécanique invasive.L'angio-TDM thoracique a éliminé une embolie pulmonaire cruorique et révélé des opacités diffuses en verre dépoli bilatérales, évocatrices d'une embolie graisseuse. Chez un patient, l'imagerie par résonance magnétique cérébrale a montré de multiples anomalies de signal sus et sous-tentorielles, punctiformes et bilatérales, intéressant le cortex, la substance sous-corticale et le corps calleux, en hypersignal diffusion diffus, aspect typique de micro-emboles graisseux.Le diagnostic a été retenu sur l'association du contexte traumatique, de la triade clinique de Gurd (détresse respiratoire,troubles neurologiques,rash pétéchial) et des images radiologiques caractéristiques.La biologie montrait une anémie (hémoglobine moyenne 9 ± 1 g/dL), une thrombopénie ($80 \pm 20 \times 10^9/L$) et une élévation des LDH (860 ± 20 UI/L) et CPK (2600 ± 40 UI/L).Deux patients ont présenté un état de choc septique. La prise en charge a été exclusivement symptomatique, reposant sur la ventilation, le support hémodynamique et la prévention des complications .L'évolution a été favorable chez les trois

patients, avec récupération progressive des fonctions respiratoire et neurologique permettant un transfert en chirurgie orthopédique.

L'embolie graisseuse demeure une urgence diagnostique méconnue. Son identification repose sur le contexte post-traumatique et la triade clinique typique. Une prise en charge précoce permet d'améliorer significativement le pronostic fonctionnel et vital des patients.

P 126 Febrile Altered Mental Status During the Summer: Infectious versus Heat-Related Etiologies

Auteurs :

fedi ben ali (fedibenali456@gmail.com): services des urgences hopital habib bourguiba sfax .
roua mahjoub (mahjoubroua99@gmail.com): services des urgences hopital habib bourguiba sfax .
hana kessentini (hnayen0@gmail.com): services des urgences hopital habib bourguiba sfax .
racem mnif (mnifracem@gmail.com): services des urgences hopital habib bourguiba sfax .
rim karray (karray_rim@medecinesfax.org): services des urgences hopital habib bourguiba sfax .
olfa chakroun (chakroun_olfa@medecinesfax.org): services des urgences hopital habib bourguiba sfax .
noureddine rekik (Noureddinerekik26@gmail.com): services des urgences hopital habib bourguiba sfax.

Altered mental status associated with fever is a potentially life-threatening emergency presentation. During summer, environmental factors such as heat exposure can mimic these clinical pictures, creating a diagnostic dilemma between infectious and heat-related cause.

This study aimed to compare the clinical, biological characteristics of patients admitted with febrile AMS due to infectious versus heat-related etiologies.

We conducted a retrospective, descriptive study at the Emergency Department, from June to September 2025. All patients admitted for altered consciousness associated with fever were included. An exhaustive infectious investigation (blood cultures, urine cultures, lumbar puncture, and imaging when indicated) was performed. Patients were then divided into two groups: infectious etiology and heat-related illness (heat stroke), based on clinical and laboratory findings. Demographic, clinical, and biological data were analyzed and compared descriptively between the two groups.

A total of 28 patients were included, with a mean age of 67.6 ± 16.0 years (range 25–89) and a male predominance (64.3%). Eight patients (28.6%) were diagnosed with heat stroke, while 20 (71.4%) had confirmed or probable infections. In the heat stroke group, mean serum sodium was 144 ± 8.7 mmol/L, chloride 103.6 ± 6.38 mmol/L, urea 14.2 ± 11.97 mmol/L, creatinine 178.6 ± 143 μ mol/L, CPK 247.9 ± 177.1 IU/L, plasma osmolarity 307.2 ± 24.6 mmol/L, CRP 33.1 ± 41.7 mg/L, and WBC $13,300 \pm 4,984/\text{mm}^3$. In the infectious group, mean sodium was 144 ± 12.1 mmol/L, chloride 104 ± 11.1 mmol/L, urea 13.55 ± 9.7 mmol/L, creatinine 179.2 ± 161.3 μ mol/L, and osmolarity 310.2 ± 29.2 mmol/L. However, inflammatory markers were significantly higher: CRP 136.9 ± 142.6 mg/L, while WBC counts were similar ($13,300 \pm 4,984/\text{mm}^3$). Compared to infectious cases, heat stroke patients showed lower inflammatory responses but comparable renal impairment and electrolyte disturbances. Clinically, they improved more rapidly under rehydration and cooling, without the need for prolonged antibiotic therapy.

Febrile altered mental status in summer can stem from infection or heat-related illness. Though electrolyte and renal findings overlap, inflammatory markers differentiate them. Heat stroke shows mild inflammation and improves with cooling, whereas infections require antibiotics. Early recognition and prevention reduce mortality.

P 127 Acute Respiratory Failure as a Single Sign Masking Myasthenia Gravis: A Challenging Presentation

Auteurs :

Ikram Ben Braiek (ikrambenbraiek@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA .
Asma Mahdi (asmaelmahdi245@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA .
Noussair Azzouz (noussair.azz@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA .
Lynda Messaoud (lyndamessaoud1991@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA .
Eya Seghir (eya.seghir.91@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA .
Asma Ouhibi (ouhibiasma4@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA .
Ahlem Trifi (trifiahlem2@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA .
Sami Abdellatif (abdellatifsamy@gmail.com): Réanimation médicale LA RABTA .

Myasthenia gravis (MG) is an autoimmune disorder of neuromuscular transmission caused by antibodies against the acetylcholine receptor (AChR), leading to muscle weakness. Respiratory failure typically occurs later in the disease course, but in rare cases, it may be the first and only symptom.

A 21-year-old male with no significant medical history, who had developed otitis media and pharyngitis seven days earlier, presented to the emergency department with acute respiratory failure evolving over 24 hours. He reported no limb weakness, diplopia, dysphagia or swallowing disorders. The initial clinical examination revealed: An extreme agitation, intercostal drawing, and desaturation ($SpO_2=58\%$ on room air). He was intubated, mechanically ventilated, and admitted to the intensive care unit. Contrast-enhanced chest CT showed a bilateral bronchial involvement, nodular ground-glass opacities in the right upper lobe and lingula, atelectasis of the middle and left lower lobes, and an homogeneous anterior mediastinal mass with microcalcifications suggesting a thymoma. SARS-CoV-2 polymerase-chain-reaction was positive. The patient was appropriately managed with no adverse progression. Then, due to difficulties in ventilator weaning and the presence of a thymoma, diaphragmatic ultrasound was performed, revealing a thickening fraction (TF) of less than 20%, leading to the suspicion of myasthenia gravis. Thus, TF was tested before and after a prostigmine test, patient spontaneously breathing. Diagnosis was confirmed by electromyography (EMG) and diaphragmatic nerve conduction studies showing a postsynaptic neuromuscular junction disorder. Serology revealed positive anti-AChR antibodies ($>100\text{ nmol/L}$) and negative anti-MuSK antibodies. The patient was treated with methylprednisolone (1 mg/kg) and received a 5-day course of intravenous immunoglobulins. He underwent a thymectomy in the thoracic surgery department with favourable outcome: The patient was successfully extubated.

Acute respiratory failure is seldomly described as the unique and first presentation in patients with previously undiagnosed myasthenia gravis. Early diagnosis and appropriate treatment are key to favourable outcomes.

P 128 Encéphalite rabique : la résurgence d'un mal disparu

Auteurs :

B.Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen .
S.Cherif (salmacherif.94@gmail.com): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen .
K.Ben Ismail (khaoula.benismail@gmail.com): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen .
N.Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen .
I.Errokh (errokhines@gmail.com): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen .
H.Limaiem (limaiemhamed@gmail.com): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen .
F.Essafi (essafifatma1302@gmail.com): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen .
T.Marhabene (takouamg@yahoo.fr): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen .

La rage humaine, considérée comme éradiquée dans de nombreux pays, reste possible à la faveur d'expositions non reconnues. Nous rapportons le cas d'un adolescent présentant une encéphalite

rabique confirmée, illustrant l'importance de la vigilance clinique malgré la rareté de cette infection mortelle.

O.K., 14 ans, sans antécédents, a été admis en réanimation pour trouble de conscience et agitation. Deux mois avant, son chien est mort, sans morsure connue. À l'arrivée, il était obnubilé, confus, agité, dans un contexte d'apyréxie. L'état hémodynamique était stable, la diurèse conservée, avec tachypnée sans désaturation. Les examens biologiques initiaux ne montraient pas d'anomalie. Une intubation orotrachéale a été réalisée devant l'agitation inconsciente. Le scanner cérébral initial était normal. Une première ponction lombaire (PL) négative (1 GB). Les bilans toxicologiques et infectieux initiaux étaient normaux. Vingt-quatre heures plus tard, une seconde PL montrait un liquide clair avec 60 GB à prédominance lymphocytaire, hypoglycorachie et hyperprotéinorrachie. L'IRM cérébrale n'a révélé aucune anomalie. La PCR multiplex sur liquide céphalorachidien (LCR) était négative, éliminant les causes bactériennes et virales usuelles, sans exclure une infection intracellulaire, ce qui a motivé une antibiothérapie empirique. Devant la suspicion d'encéphalite rabique, le protocole de Milwaukee a été mis en place. L'évolution a été marquée par une dysautonomie sévère, agitation persistante et syndrome de perte de sel cérébral à J6. Le diagnostic de rage a été confirmé par immunofluorescence directe sur le LCR. Malgré la prise en charge intensive et l'isolement strict, incluant la vaccination du personnel exposé, le patient est décédé à J25 suite à un trouble du rythme cardiaque lié à la dysautonomie cérébrale.

Malgré une prise en charge conforme aux protocoles internationaux, l'évolution a été fatale, marquée par un trouble du rythme secondaire à la dysautonomie cérébrale. Ce cas rappelle la gravité de la rage humaine et l'importance primordiale de la prévention vaccinale.

P 129 Accidents vasculaires cérébraux en réanimation : comprendre pour mieux sauver

Auteurs : ABSENT

Sarra Temani (temanisara10@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

Boudour Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

Khaoula Ben Ismail (khaoula.benismail@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

Najla Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

Abir Akrouti (akroutiabir17@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

Hamdi Chaabouni (hamdichaabouni@yahoo.fr): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

Fatma Essafi (essafifatma1302@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

Takoua Merhabene (takoua.merhabene@fmt.utm.tn): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan .

ABSENT

P 130 IMPACT DES CRISES EPILEPTIQUES SUR LE PRONOSTIC DES PATIENTS EN RÉANIMATION

Auteurs :

A.Dammak* (abirdammakg@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .

S.Kharrat (sanakharrat15@hotmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .

I.Dahech (inesdahech23@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .

N.Kallel (nourkallel82@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .

K.Chtara (kamilia.chtaraelaoud@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .

M.Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .
C.Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .

Les crises épileptiques, qu'elles soient cliniques ou infracliniques, peuvent aggraver le pronostic des patients critiques. Leur impact sur le devenir des patients critiques et les facteurs associés à une évolution défavorable restent encore insuffisamment documentés.

Évaluer l'impact des crises épileptiques sur la mortalité, la durée de séjour et la durée de ventilation mécanique des patients hospitalisés en réanimation et identifier les facteurs associés à la mortalité et à la prolongation de la durée de séjour et de ventilation mécanique.

Étude rétrospective analytique réalisée en réanimation entre janvier 2025 et septembre 2025. Ont été inclus les patients ayant présenté des crises épileptiques cliniques ou infracliniques. Les données démographiques, les durées de ventilation, de séjour et la mortalité ont été analysés. Les convulsions ont été classées selon leur présentation clinique et EEG. L'analyse statistique a utilisé le test du chi-2 pour identifier les facteurs associés à la mortalité ($p < 0,05$).

Un total de 46 patients (8,8 %) ont présenté des convulsions. L'âge moyen des patients étaient de $43,7 \pm 20,8$ ans avec une prédominance masculine et un sexe ratio de 1,3. Les antécédents neurologiques étaient présents chez 41,3% des patients, principalement l'épilepsie connue et les accidents vasculaires cérébraux anciens (10,9 %). Treize pourcents des patients avaient des antécédents d'épilepsie essentielle et 10,9% d'épilepsie secondaire. Les principaux motifs d'admission étaient les polytraumatisés avec un traumatisme crânien grave (43,8 %), les accidents vasculaire cérébraux (19,6 %) et les états post-arrêt cardiaque (8,7 %). On eu recours à la sédation et ventilation mécanique chez 93,5% des patients. La durée moyenne de sédation a été de $14,2 \pm 8,8$ jours et la durée moyenne de ventilation mécanique a été de $21,7 \pm 13,4$ jours chez ces patients. La mortalité globale était de 30,4 %. La durée moyenne de séjour était de $26,9 \pm 17,9$ jours. Quatre-vingt pourcents des patients ont présenté des complications infectieuses. En analyse univariée, la mortalité était significativement plus élevée chez les patients âgés et les patients ayant des antécédents respiratoires et les antécédents d'épilepsie secondaire. Les facteurs associés à une prolongation de séjour sont le retard de réveil et une durée de ventilation mécanique prolongée.

Les crises épileptiques en réanimation s'associent à une mortalité élevée et à un séjour prolongé. L'âge et les comorbidités constituent des facteurs pronostiques défavorables nécessitant une vigilance accrue et une prise en charge rapide.

P 131 ELECTROENCEPHALOGRAMME EN REANIMATION : INDICATIONS, PROFILS CLINIQUES ET IMPACT SUR LA PRISE EN CHARGE

Auteurs :

I.Dahech (inesdahech23@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .
S.Kharrat (sanakharrat15@hotmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .
A.Dammak (abirdammapg@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .
N.Kallel (nourkallel82@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .
K.Chtara (kamilia.chtaraelaoud@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .
M.Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .
C.Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .

L'électroencéphalogramme au lit du malade (EEG) est un outil essentiel en réanimation, permettant de détecter les crises épileptiques infracliniques, d'évaluer l'altération de conscience et d'adapter la thérapeutique anticonvulsive, contribuant à une prise en charge neurologique optimale des patients critiques.

Décrire les principales indications de l'EEG en réanimation, le profil des patients explorés, les types de crises épileptiques observées et l'impact de l'EEG sur la conduite thérapeutique et le pronostic.

Étude rétrospective descriptive menée en réanimation entre janvier 2025 et septembre 2025, incluant tous les patients ayant bénéficié d'un EEG au lit du malade. Les indications, les données cliniques, les antécédents neurologiques et les résultats EEG ont été recueillis. Les tracés EEG ont été interprétés selon la classification de l'American Clinical Neurophysiology Society (ACNS). Les modifications thérapeutiques après EEG et les données pronostiques ont été analysées sous SPSS.

L'EEG a été réalisé chez 35 patients, d'âge moyen $42,9 \pm 22,9$ ans, avec une prédominance masculine et un sexe ratio de 1,5. Le motif le plus fréquent d'hospitalisation était le traumatisme crânien (51,4%). Les contusions cérébrales (42,9%) et l'hémorragie méningée (37,1%) ont été les lésions les plus fréquemment retrouvées. Huit patients ont présenté une convulsion initiale. Les principales indications étaient une suspicion d'un état de mal larvé (77,1%) devant un retard de réveil (62,9%) ou des modifications oculaires (37,1%) et des crises cliniques (31,4%) majoritairement à types tonico-cloniques généralisés. Le délai moyen de réalisation de l'EEG était de $6,7 \pm 5,1$ jours. Des anomalies EEG ont été retrouvées chez 100 % des patients : statut épileptique non convulsif (31,4%), ondes lentes (28,6%), décharges périodiques (28,5%), un EEG asymétrique des deux lobes (20%), ralentissement diffus (5,7%) et une réactivité à la stimulation chez 71,4% des malades. La réalisation de l'EEG nous a renseigné aussi sur le pronostic neurologique des malades qui était bon chez 68,6% des malades et réservé chez 11,4% des malades. L'EEG a conduit à une modification thérapeutique dans 62,8% des cas, incluant l'introduction 40,9% ou l'adaptation d'un antiépileptique 25,7 % des cas et la reprise de la sédation chez 45,5% des malades. Un réveil a été noté chez 74,3% des malades dans un délai moyen de $16,8 \pm 15,4$ jours. La mortalité était de 25,7% significativement plus élevée chez les patients présentant des tracés sévèrement altérés et asymétriques ($p < 0,05$).

L'EEG au lit du malade en réanimation permet une détection précoce des crises épileptiques infracliniques et oriente les décisions thérapeutiques. Il constitue un outil pronostique précieux, justifiant sa réalisation systématique chez les patients à risque neurologique.

P 132 HYponatremia REVEALING WEST NILE VIRUS MENINGOENCEPHALITIS

Auteurs :

H. Zorgati¹ (zorgati.hend@yahoo.fr): 1 Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .
I. Abaidi^{1*} (ichrakabaidi99@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .
H. Sfar¹ (dr.sfar.haifa@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .
S. Bel Hadj Youssef¹ (sourourbelhajyoussef1@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .
G. Rannen¹ (ghada.rannen@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .
M. Mahmoud¹ (mohamedmahmoud@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia) .
J. Ayachi¹ (ayachijihen@gmail.com): 1 Medical Intensive care Unit Ibn El Jazzar University Hospital - Kairouan (Tunisia).

West Nile Virus (WNV) infection is a mosquito-borne flavivirus that is mainly represented by a fever, neurologic and gastrointestinal symptoms. Hyponatremia is not common. It can be explicated by the syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone (SIADH) due to neuroinflammation.

A 55-year-old male patient with a past history of diabetes presented to the emergency department for epigastralgia and generalized tonic clonic seizure. The concurrent blood glucose level was at 2 g/L. He had no fever, GCS was 8 without meningitis and other neurological signs and the blood pressure was 170/100 mm Hg. He had a respiratory rate at 23c/min.. A cerebral CT scan revealed the absence of brain injury. Laboratory investigations showed natremia at 108 mmol/L, plasma osmolality: 220 mmol/L, urinary osmolality: 174 mosm/kg, natriuresis/kaliuresis: 39/48 mmol/L. The extravascular sector was

normal. The other tests were normal. The etiology of hyponatremia was SIADH. The patient was intubated for altered state of consciousness (GCS 4). Lumbar puncture found white blood cells (WBC) at 5/mm³ and red blood cells (RBC) at 2000/mm³. The correction of the natremia has been initiated by administering NaCl 10% using a syringe pump, with monitoring of serum sodium levels, then 1 liter of isotonic saline fluid has been administrated and he received acyclovir for suspected viral encephalitis. Due to the recurrence of seizures, sodium valproate was initiated. A second lumbar puncture revealed WBC: 30/mm³, RBC: 270/ mm³ the cerebrospinal fluid blood glucose ratio was 0.79 and the protein level was 0.42 g/L. WNV infection was confirmed by laboratory findings. Acyclovir was stopped. The evolution was marked by normalization of natremia. A tracheostomy was performed due to difficulty in weaning. The patient died due to nosocomial pneumonia.

Hyponatremia due to SIADH is not a typical feature for diagnosing WNV infection. However, clinicians should be aware to consider the possibility of WNV meningoencephalitis in patients with an unexplained hyponatremia and neurological symptoms.

P 133 INTÉRÊT PRONOSTIQUE DE LA TDM CÉRÉBRALE CHEZ LE TRAUMATISÉ CRÂNIEN EN RÉANIMATION

Auteurs :

F.Houri* (hourifadwa@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
N.Baccouch (baccouch.najeh@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
A.Dammak (abirdammakg@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
H.Chelly (hedi.chelly@rns.tn): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
M.Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
C.Ben Hmida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .

Le traumatisme crânien est une cause majeure de morbidité et de mortalité chez l'adulte. Il est important de déterminer des prédicteurs pronostiques précoce chez les traumatisés crâniens en réanimation, tels que les données de la TDM cérébrale.

L'objectif de notre travail était d'étudier l'apport pronostique de la TDM cérébrale chez l'adulte traumatisé crânien hospitalisé en réanimation de point de vue mortalité et devenir fonctionnel.

C'est une étude prospective longitudinale s'étalant sur 11 mois (de juillet 2022 à mai 2023) et incluant 64 adultes hospitalisés au service de réanimation pour traumatisme crânien grave ou modéré. Nous avons accueilli la sémiologie lésionnelle et les scores de Marshall, de Rotterdam et de Helsinki à la TDM cérébrale initiale. Puis nous avons étudié les lésions et les scores tomodensitométriques corrélés à la mortalité hospitalière et à l'issue défavorable mesurée par le Glasgow Outcome Scale (GOS à 2 semaines et à 1 an).

La mortalité était de 25 % en intra-hospitalier, avec une issue défavorable dans 54,2 % des cas à 1 an. Le nombre de patients ayant un GOS favorable a dédoublé au bout d'un an. Les lésions radiologiques significativement corrélés à la mortalité et à l'issue défavorable ont été l'hémorragie sous arachnoïdiennes, l'hémorragie intraventriculaire, l'hématome sous dural et l'état des citernes de base. Les scores de Rotterdam et de Helsinki ont été des facteurs indépendants de mortalité et d'issue défavorable.

La TDM cérébrale initiale s'impose comme un élément pronostique important chez les traumatisés crâniens qui permet de guider leur prise en charge ainsi que leur suivi. Ceci est nécessaire pour améliorer le pronostic vital et fonctionnel des traumatisés crâniens.

P 134 ETAT DE MORT ENCEPHALIQUE : EXPERIENCE D'UNE EQUIPE DE REANIMATION MEDICALE TUNISIENNE SUR UNE PERIODE DE 3 ANS

Auteurs :

S. Bel Haj Youssef1 (sourourbelhajyoussef1@gmail.com): 1 : Service de réanimation médicale CHU Ibn El Jazzar Kairouan, Tunisie .

H. Sfar1 (Dr.sfar.haifa@gmail.com): 1 : Service de réanimation médicale CHU Ibn El Jazzar Kairouan, Tunisie .

A. Mansouri* (asmamansouri098@gmail.com): 1 : Service de réanimation médicale CHU Ibn El Jazzar Kairouan, Tunisie .

D. Ben Braiek1 (bbraiek.dhouha@gmail.com): 1 : Service de réanimation médicale CHU Ibn El Jazzar Kairouan, Tunisie .

I. Abaidi1 (Ichrakabaidi99@gmail.com): 1 : Service de réanimation médicale CHU Ibn El Jazzar Kairouan, Tunisie .

H. Zorgati1 (Zorgati.hend@yahoo.fr): 1 : Service de réanimation médicale CHU Ibn El Jazzar Kairouan, Tunisie .

J. Ayachi1 (ayachijihen@gmail.com): 1 : Service de réanimation médicale CHU Ibn El Jazzar Kairouan, Tunisie .

La mort encéphalique qui est la perte totale et irréversible de toutes les fonctions cérébrales, constitue un concept médical, juridique et éthique majeur. Son diagnostic conditionne le don d'organes et nécessite la sensibilisation de l'équipe soignante et l'harmonisation des pratiques.

Décrire les caractéristiques des patients en mort encéphalique dans un service de réanimation tunisienne ainsi que les modalités diagnostique et évolutives.

Il s'agit d'une étude prospective descriptive menée sur trois ans (2022 – 2025) dans une unité de soins intensifs (USI) de 9 lits. Ont été inclus tous les patients adultes ayant présenté un état de mort encéphalique (EME) au cours de leur séjour. Les caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives de ces patients ont été analysées. Le diagnostic clinique reposait sur un coma profond (score de Glasgow = 3), l'absence de tous les réflexes du tronc cérébral et l'arrêt de la respiration spontanée après épreuve d'hypercapnie. La confirmation paraclinique a été réalisée par un angioscanner cérébral. L'étude a inclus 18 patients en EME âgés en moyenne de $50,28 \pm 16,28$ ans, avec une prédominance masculine (55,6 %). Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle (38,9 %), les pathologies respiratoires chroniques (17,6 %), les antécédents neurologiques (16,7 %) et le diabète (11,1 %). Les scores de gravité étaient respectivement un IGSII moyen de $51,44 \pm 15,42$ et un APACHE II moyen de $17,67 \pm 5,01$. Les motifs d'admission étaient principalement neurologiques (83,3 %) et circulatoires (16,6 %). Les causes de l'EME étaient l'AVC hémorragique (44,4 %), l'AVC ischémique (27,8 %) et l'anoxie post-arrêt cardiaque (27,8 %). Le délai moyen entre l'admission et le diagnostic clinique d'EME était de $3,94 \pm 3,56$ jours. Le délai entre le diagnostic clinique et la confirmation radiologique était de $10 \pm 6,22$ heures. Le test à l'hypercapnie était positif chez 62,5 % des patients. La durée moyenne de séjour en USI était de $5,17 \pm 4,00$ jours. Les complications les plus fréquentes étaient l'hypernatrémie (44,4 %), les troubles neurovégétatifs (38,9 %), le diabète insipide (33,3 %) et le choc hypovolémique (27,4 %). Seulement 10 patients ont été déclarés, les autres n'étaient pas déclarés en raison d'infections ou de décès avant confirmation radiologique. Les entretiens ont été réalisés avec six familles, la procédure était annulée pour le reste des patients en raison de l'hypernatrémie sévère et de l'agressivité familiale. La réaction des familles après l'entretien différait entre colère et agressivité (40%) et gratitude (60%). Aucune famille n'a accepté le don d'organes.

Les patients en état de mort encéphalique présentent une morbidité importante et des complications fréquentes. La réticence des familles concernant le don d'organes souligne l'importance d'une communication et d'un soutien adaptés aux préalables religieux et éthiques.

P 135 Thromboses veineuses cérébrales en réanimation : caractéristiques cliniques, radiologiques et évolutives

Auteurs :

nassima maache (znil@hotmail.fr): réanimation médicale chu benimessous .
RM HAMIDI (redoc69@yahoo.fr): réanimation médicale chu beni messous .

La thrombose veineuse cérébrale (TVC) a longtemps été considérée comme une affection vasculaire rare et inhabituelle. les progrès de l'imagerie (angioRM) ont rendu cette notion très caduque avec une meilleure connaissance de cette pathologie

déterminer les caractéristiques cliniques, étiologiques et évolutives des thromboses veineuses cérébrales en milieu de réanimation.

Etude descriptive, rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU de Béni-Messous du 1 janvier 2017 au 31 décembre 2022 ayant colligé au total 21 patients admis pour une TVC documentée à l'imagerie.

21 patients ont été colligés. moyenne d'âge : 34 ± 13 ans. 80% des patients étaient de sexe féminin sex-ratio de 0,43.L'installation du tableau clinique subaigué chez 17 patients (90,0%).Motif de l'admission : céphalées (86,7%), vomissements (60%), hémiplégie (56,7%), convulsions (43,3%), fièvre (33,3%), atteinte des paires crâniennes (19,2%). Etiologies associées : grossesse et post partum (9%), avortement (18,1%), contraception orale (6%), Infection (6,7%),16 patients (80%) ont bénéficié d'une TDM cérébrale, 5 patients (23,3%) d'une IRM et 3 patients (10%)d' une angioRM. Signe du Delta vide à la TDM n'a été observé que chez 13 patients (10%).Atteintes du sinus latéral et du sinus longitudinal supérieur étaient les plus fréquentes, respectivement 46,7 % et 33,3% La moitié des patients présentaient d'autres lésions : hématome parenchymateux (16,5%), œdème cérébral (6,6%), signes infectieux ORL (13,2%) et Plus rarement, un AVCI (3,3 %).Les causes non infectieuses étaient plus fréquentes (40 %) dominées par les pathologies gynéco-obstétricales (20 %).l'évolution était favorable dans la majorité des cas (96,7%).

La TVC est une pathologie multiforme, curable dont le traitement repose essentiellement sur une anticoagulation et une prise en charge étiologique adaptée. L'avènement de L'angio RM a permis un diagnostic plus précoce de cette pathologie

P 136 ENCEPHALITE GRAVE AU COURS DU SYNDROME DE GOUGEROT-SJÖGREN PRIMITIF : A PROPOS D'UN CAS

Auteurs :

M.Bachrouch (maissa_bachrouch@yahoo): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .
F.Trabelsi* (feriel.lhs@gmail.com): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .
F.Labiadh (faroukfarouk0808@gmail.com): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .
A.Belhadj Hmida (abdelkader.belhadj900@gmail.com): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .
S.Jerbi (siwarjerbi28@gmail.com): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .
S.Mahfoudhi (sami1mahfoudhi@hotmail.fr): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .

Les manifestations neurologiques centrales au cours du syndrome de Gougerot-Sjögren primitif sont rares. La survenue d'une encéphalite est exceptionnelle.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 40 ans sans antécédent pathologique notable à part une sécheresse oculaire non explorée . Elle a présenté le jour de son admission deux crises convulsives généralisés . L'examen notait un GCS 10/15, un syndrome pyramidal. le diagnostic d'EMC a été retenu et la patiente a été intubée . L'analyse du liquide céphalo-rachidien et le PCR multiplex dans le LCR sont revenu négatifs . La PCT était négative .L'IRM encéphalique révélait des anomalies de signal en plage bilatérales et symétrique de la substance blanche périventriculaire et sous corticale fronto-pariéto-occipitale . Le complément d'investigations en particulier le bilan immunologique montrant des anticorps

SSA52 ,SSA60 ,SSB positif a permis de retenir le diagnostic de syndrome de Gougerot-Sjögren primitif. La patiente a été mise sous corticothérapie 1 mg/kg/j par voie intraveineuse mais l'évolution était défavorable .

L'encéphalite secondaire à une maladie du système pose un problème de diagnostique. Il est rare que syndrome de Gougerot-Sjögren ait un mode d'installation brutal mais devant un tableau neurologique central inexplicable il est licite d'évoquer cette pathologie.

P 137 TROUBLES DU COMPORTEMENT ET CALCIFICATIONS CEREBRALES:LA DECOUVERTE FORTUITE D'UN SYNDROME DE FAHR

Auteurs :

Fatma Zahra Gamara (fatma.gamara@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .

Malek Chroufa (docteurchroufa@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .

Malek Sghair* (Sr62malek@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .

Ons Smaoui (Smaoui.Ons99@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .

Dhouha Essayel (essayeldhouha@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .

Ben Abderrahim Amina (aminabenabderrahim1@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .

Amri Salim (medslim.amri@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .

Kouraichi Nadia (na.kouraichi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous .

Le syndrome de Fahr est une affection rare. Le diagnostic repose sur la mise en évidence, au scanner cérébral ou à l'IRM, de calcifications bilatérales et symétriques touchant une ou plusieurs de ces régions sans anomalies parathyroïdiennes ni neurologiques associées.

Nous rapportons le cas d'un homme de 46 ans, admis en soins intensifs pour un coma agité. Le patient est diabétique de type 2 et hypertendu sous inhibiteur calcique. Il a été amené aux urgences pour une altération de l'état de conscience accompagnée d'une agitation, survenue à la suite d'un conflit au marché. L'examen montre un score de Glasgow à 13/15, sans signes de localisation ; avec à l'examen une apyrexie, saturation à 96 %, une tension artérielle à 160/90 mmHg, une fréquence cardiaque à 100 bpm. Devant une agitation extrême, il a été intubé sans incident. Les analyses biologiques ont révélé une clairance rénale à 30 mL/min, une natrémie corrigée à 135mmol/L, une glycémie à 55 mmol/L, une hyperkaliémie à 5,9 mmol/L, une chlorémie normale à 89 mmol/L, un pH à 7,34, des bicarbonates à 21 meq/L, une hyperlactatémie à 3 mmol/L, une calcémie à 2,3 mmol/L et une phosphorémie à 1,6 mmol/L. Le bilan d'hémostase était normal. La tomodensitométrie cérébrale a montré des calcifications corticales occipitales bilatérales et symétriques, ainsi que des calcifications des ganglions de la base, évoquant en premier lieu un syndrome de Fahr. Cependant, la topographie corticale occipitale, non typique, suggérait une association syndromique. La ponction lombaire a montré un liquide clair avec culture négative. Sérologies VIH et toxoplasmose étaient négatives ; idem pour le bilan toxicologique. L'EEG n'a montré ni signe d'encéphalite, ni souffrance cérébrale, ni activité épileptique. Le patient est décédé suite à un état de choc septique avec une acidose métabolique sévère.

Le syndrome Fahr représente un spectre hétérogène d'affections, où l'imagerie joue un rôle clé dans le diagnostic. L'interprétation doit être reliée à un bilan métabolique et génétique pour distinguer les formes secondaires potentiellement curables des formes génétiques à expression variable.

P 138 Troubles anxieux et dépressifs à long terme chez les survivants d'une forme sévère de COVID-19 admis en réanimation : étude de suivi à 5 ans

Auteurs :

Nouira Wiem (wiemnouira1@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Chelbia Chourouk (chouroukchelbia@gmail.cm): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
ben Brahim slaheddine (Benbrahimsaladin@gmail.com): Réanimation médical CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Zaibi Ali (3li.zaiibi@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Asma Ben mhamed (Benmhammedasmaa@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Hiba Bouchallouf (Hiba.bouchallouf@etudiantfmt.utm.tn): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Maatouk Iyed (maatouk.yed@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Bedhiafi Emir (bedhiafi.emir@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Hammouda Zeineb (Zanoubia83@hotmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Dachraoui Fahmi (dachraoui.fahmi@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Lamia Ouane Besbes (lamiaouanes107@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .

La pandémie de COVID-19 a eu un impact majeur sur la santé mentale mondiale. Selon l'OMS, les patients atteints de formes sévères présentent un risque accru de troubles anxieux, de stress post-traumatique, de dépression et, dans les cas extrêmes, de conduites suicidaires.

Cette étude vise à décrire les caractéristiques cliniques des survivants d'une forme grave de COVID-19 prise en charge en réanimation, et à évaluer, à distance de l'épisode aigu, la présence de troubles anxieux et/ou dépressifs à l'aide de l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Il s'agit d'une étude prospective avec recueil rétrospectif des données. Ont été inclus les patients admis en réanimation pour une forme grave de COVID-19 entre 2020 et 2021, et ayant survécu à l'épisode aigu. L'évaluation psychiatrique a été réalisée en juillet 2025, soit 3 à 4 ans après l'hospitalisation, via le score HAD, qui comporte 14 items (7 pour l'anxiété et 7 pour la dépression), chacun noté de 0 à 3. Les scores sont interprétés comme suit : 0 à 7 : absence de troubles, 8 à 10 : symptomatologie douteuse, ≥11 : symptomatologie certaine.

L'âge médian des patients à l'admission était de 56 ans. Le score SAPS III médian était de 27, et l'APACHE II de 8. La durée médiane de séjour en réanimation était de 10,5 jours. La majorité étaient des hommes (62 %), tous pris en charge par ventilation non invasive (Optiflow et/ou CPAP). Parmi les survivants, 71 ont été contactés, et 69 ont accepté de répondre au questionnaire. Le score HAD global (A + D) médian était de 3 [IQR : 0-8]. 15,5 % présentaient une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive douteuse, 12,7 % avaient des troubles avérés (score ≥11).

Cette étude montre qu'une proportion non négligeable des survivants d'une forme grave de COVID-19 nécessitant une réanimation présentent, même 5 ans après, des troubles anxieux ou dépressifs. Ces résultats soulignent l'importance d'un suivi à long terme et de l'implication des professionnels de santé mentale pour prévenir les effets psychologiques persistants de la pandémie.

P 139 L'association entre embolie cérébrale et embolie pulmonaire chez les patients drépanocytaires : à propos d'un cas

Auteurs :

W.Lahbib* (wiem.lahbib@etudiant-fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phthisiologie .
S.Sellaouti (sellauoutiselim@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phthisiologie .

N.Ben Mrad (nacefbenmrad@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie .

F.Jarraya (fatma.jarraya8@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie .

M.Bhiri (mohsna.bhiri@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie .

E.Rachdi (emna.rachdi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie .

A.Jamoussi (amira.jamoussi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie .

S.Ayed (samia.ayed@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie .

A.Brahem (asma.brahem@fmt.utm.tn): Anatomopathologie Hôpital Abderrahmen Mami .

H.Neji (henda.neji@fmt.utm.tn): Imagerie médicale Hôpital Abderrahmen Mami .

J.Ben Khelil (jalila.benkhelil@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami .

Dans la drépanocytose, l'hyperviscosité sanguine et l'état d'hypercoagulabilité favorisent la formation d'emboles fibrinocruoriques. De plus, les infarctus osseux secondaires aux crises vaso-occlusives constituent une source potentielle d'emboles graisseux.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 36 ans, suivi pour drépanocytose majeure depuis l'âge de 16 ans, splénectomisé ayant présenté des douleurs osseuses diffuses associées à une toux productive dans un contexte fébrile. L'évolution a été marquée par une aggravation sur le plan respiratoire nécessitant le recours à la ventilation mécanique invasive. A l'admission, le patient était intubé, sédaté, fébrile à 38°C, stable sur le plan hémodynamique. Par ailleurs le reste de l'examen était sans particularités. Le bilan initial a objectivé une hyperleucocytose à 21200 éléments/ml, une cytolysé hépatique à 6 fois la normale, un taux de lacticodéshydrogénase de 7310 UI/l et une anémie à 6.2 g/dl. A l'angioscanner thoracique, il avait des lésions en verre dépoli et des condensations en bilatéral et une embolie pulmonaire dont la stratification du risque était intermédiaire haut. Le diagnostic de syndrome thoracique aigu a été retenu et le patient a été mis sous antibiothérapie. L'examen anatomopathologiques du lavage bronchoalvéolaire a été réalisé ayant montré un liquide hypercellulaire avec prédominance de polynucléaires neutrophiles (50%), l'absence de cellules spumeuses, l'absence d'hémorragie intraalvéolaire et l'absence d'agents pathogène. Le séjour s'était compliqué d'un échec de sevrage ventilatoire avec un retard de réveil secondaire à une embolie graisseuse du corps calleux compliqué d'un AVC ischémique confirmé au 10ème jour de prise en charge à l'IRM cérébrale (figure). Une trachéotomie a été faite au 23ème jour de prise en charge. Il a été mis sortant au 47ème jour de prise en charge sous VS canule.

Bien que la nature de l'embolie pulmonaire reste incertaine, ce cas illustre la possibilité d'une association entre emboles fibrinocruoriques et emboles graisseux chez les patients drépanocytaires, conséquence de l'état d'hypercoagulabilité et des infarctus osseux répétés.

P 140 Status Epilepticus Severity Score a tool to predict mortality in status epilepticus.

Auteurs :

Selima Charfi (dr.charfiselima@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur .

ines sdiri (sdiri.ynes@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur.

Amira Hmaidi (hmaidiamira.96@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur .

Imen KLAÏ (Klaiimen@outlook.fr): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur.

yasmine Garbaa (yesminegarbaa@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur .

Ahmed Smiri (ahmed.smiri950@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur .

ines sedghiani (sedghiani.ines@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur .

Nebiha Borsali Falfoul (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur .

Status epilepticus (SE) treatment ranges from small benzodiazepine doses to coma induction. For some SE subgroups, it is unclear how the risk of an aggressive therapeutic approach balances with outcome improvement. We recently developed a prognostic score (Status Epilepticus Severity Score, STESS), relying on four outcome predictors (age, history of seizures, seizure type and extent of consciousness impairment), determined before treatment institution.

Our aim was to assess whether the score might have a role in the treatment strategy choice

We conducted a retrospective observational study over three years, from January 2022 to December 2024. All consecutive patients aged ~~more than 18 years old~~ admitted to the medical ICU of Habib Thamer University hospital for a status epilepticus were included. We collected baseline demographics and clinical characteristics. Therapeutic management and ICU stay related complications were recorded. The primary outcome was the correlation between STESS and the prognosis of SE.

During the study period, we included 80 patients with a median age at 52 [18-90] years. Mainly males (62 patients) with a genre ratio at 3.4. Patients had a known epilepsy in 37.5% of cases (n=30). Major other comorbidities were hypertension 23.8% and diabetes 22.5%. The median of STESS score at 3 [2-4]. Status epilepticus was caused by an acute stroke in 30.4% of cases followed by poor controlled epilepsy due to medicine withdrawl in 24.1%, meningoencephalitis in 8.9%, metabolic disorder and acute intoxication in 3 cases each. No specific etiology was found in 20.3% of cases. Invasive mechanical ventilation was required in 74.7% of the cohort and the mortality rate was 31.3% (n=25). The analysis of the curve ROC demonstrates a STESS score higher than 2 correlated with mortality with $p=0.004$, 55% of sensibility and 60% of specificity. We noted 23 /25 of died patients with a STESS score >2 points.

STESS can represent a useful tool in assessing the gravity of SE episodes and that immediate aggressive treatment, might possibly be avoided in the majority of patients with a low score, who will almost certainly survive their SE episode, and likely return to clinical baseline



P 141 Encéphalopathie de Gayet Wernicke :à propos d'un cas

Auteurs :

Ons Ellouze (onsellouzesiala@gmail.com): Médecine interne A Hopital Charles Nicolle .

Meriem Abbassi (abbassimeryem2018@gmail.com): Médecine interne A Hôpital Charles Nicolle .

Imen gorsane (imen.gorsane@fmt.utm.tn): Médecine interne A Hôpital Charles Nicolle .

Ezzeddine Abderrahim (abderrahim.ezzeddine@rns.tn): Médecine interne A Hôpital Charles Nicolle .

L'encéphalopathie de Wernicke est une complication neurologique sévère causée par la déficience en vitamine B1 pouvant engager le pronostic vital. Certes que l'éthylisme chronique est la cause la plus fréquente mais le jeun prolongé et les vomissements sont rapportés

Nous présentons le cas d'une patiente de 59 ans ,diabétique hypertendue , admise pour exploration d'une insuffisance rénale chronique au stade d'Hémodialyse . Pendant son hospitalisation , la patiente a présenté des vomissements incoercibles et persistants malgré le traitement symptomatique , alors que l'examen physique et biologique étaient sans anomalies La TDM abdominale a montré l'aspect d'une pancréatite chronique qui n'explique pas les vomissements Le diagnostic retenu était une gastroparesie liée au diabète. Elle a été mise sous metoclopramide et domperidone . Quatre jours après l'arrêt des

vomissements la patiente est devenue confuse ,GCS 14 , ayant un nystagmus vertical bilateral , et aphasic,sans deficit sensitivomoteur. Une TDM cerebrale SPC a été faite revenant sans anomalies. L'angio IRM cérébrale : anomalies du signal au niveau des regions peri aqueductales autour de V3 de la partie dorso mediale des thalamis et des corps mamillaire et de la lame tectale en hypersignal T2 et flair ,en hypersignal diffusion sans restriction de l'ADC ,cet aspect evoque une encephalopathie de Gayet et Wernicke avec absence de signes en faveur d'une TVC la patiente a reçu une supplementation en vitamine B1 :500mg*3/jour pendant 5jours puis 250mg*3 pendant 5 jours puis 100mg*3/jour avec sulfate de magnésium L'évolution a été marquée par la stabilisation clinique pendant les dix premiers jours de supplémentation sans stigmates d'amélioration, puis une évolution favorable mais lente , progressive et partielle avec disparition de l'aphasie à j 14 du début de traitement et l'amélioration du nystagmus

L'encéphalopathie de Gayet Wernicke reste une urgence neurologique souvent sous diagnostiquée ,toute suspicion clinique notamment ,devant un contexte de dénutrition ,vomissement ou alcoolisme chronique doit conduire à une prise en charge rapide

P 142 Epidémiologie des comas non traumatiques en réanimation médicale

Auteurs :

A. Bedhiafi (bedhiafi.emir@mail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir .
O. Dhahbi (Onsdhahbi6@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir .
H. Bouchallouf (hiba.bouchallouf@etudiant-fmt.utm.tn): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir .
R. Sassi (ran.sassi@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir .
A. Ben Mhammed (Asma.benhammed@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir .
L. Manel (firassmal4@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir .
W. Nouira (wiemnouira1@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir .
I. Maatouk (maatouk.yed@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir .
Z. Hammouda (zanoubia83@hotmail.com): Service de Réanimation Médical Hopital Régional de Kasserine .
F. Dachraoui (dachraoui.fahmi@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir .
L. Ouanes-Besbes (lamiaouanes107@gmail.com): Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba - Monastir .

Le coma non traumatique représente un motif d'admission fréquent en réanimation médicale, regroupant une grande diversité d'étiologies et de pronostics. Malgré sa fréquence, son profil épidémiologique et les stratégies diagnostiques employées demeurent peu étudiés dans notre contexte, rendant son approche clinique complexe.

Décrire les caractéristiques cliniques, étiologiques et évolutives des patients admis en réanimation médicale pour un coma non traumatique.

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique menée sur 10 mois, à partir de janvier 2025, dans un service de réanimation médicale. Ont été inclus tous les patients adultes (≥ 18 ans) admis pour un coma non traumatique, défini par un Glasgow Coma Scale (GCS) $\leq 10/15$. Ont été exclus les comas secondaires à un polytraumatisme ou à des causes post-anoxiques prolongées. Les données démographiques, cliniques, biologiques et ventilatoires ont été recueillies à l'admission et durant le

séjour. L'analyse statistique descriptive a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS, avec une présentation des résultats sous forme de médianes et intervalles interquartiles [IIQ].

Durant la période d'étude, 20 patients ont été admis pour un coma non traumatique, représentant un motif notable d'admission en réanimation médicale. L'âge médian était de 45 [32–54] ans avec un sexe-ratio (H/F) de 2,3. Les principales comorbidités étaient : pathologies psychiatriques (35 %), épilepsie (15 %) et diabète sucré (15 %), tandis que 35 % des patients ne présentaient aucun antécédent connu. Une défaillance neurologique isolée était observée dans la majorité des cas, associée à une défaillance hémodynamique (25 %) ou respiratoire (35 %). Le score SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) médian était de 3 [3–5], et le score GCS initial à 7 [6–8]. Les principales étiologies identifiées étaient : toxiques (50 %) — dont chloralose (70 %) et polymédicamenteuse (30 %) —, métaboliques (20 %), épileptiques (15 %), infectieuses (10 %) (méningo-encéphalite) et vasculaires (5 %) (syndrome de PRES). Le diagnostic retenu à l'admission concordait avec le diagnostic final dans 90 % des cas. Un scanner cérébral a été réalisé chez 60 % des patients (résultats normaux dans la majorité), tandis qu'une IRM cérébrale effectuée chez 15 % révélait des anomalies dans 5 % des cas. Le diagnostic a pu être établi sur la base de l'examen clinique et biologique seul dans 80 % des cas, l'imagerie n'ayant apporté un complément que dans 10 %. La durée médiane de séjour était de 15 [5–30] jours avec une mortalité globale de 15 %.

Les comas non traumatiques constituent une cause fréquente d'admission en réanimation, dominée par les étiologies toxiques et métaboliques. L'évolution reste globalement favorable, mais l'interprétation est limitée par la petite taille de la population étudiée.

P143 AGRESSION RENALE AIGUE: VALEUR PRONOSTIQUE CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISES POUR MENINGOENCEPHALITE

Auteurs :

Leila Borsali (borsali.leila@gmail.com): Service de réanimation hôpital Habib Thameur .

Ines SDIRI (sdiri.ynes@gmail.com): Service de réanimation hôpital Habib Thameur .

Imen Klai (klaiimen@outlook.fr): Service de réanimation hôpital Habib Thameur .

Yesmine Garbaa (yesminegarbaa@gmail.com): Service de réanimation hôpital Habib Thameur .

Ines Belgacem (dr.belgacem.ines@gmail.com): Service de réanimation hôpital Habib Thameur .

Imen Zaghdoudi (i.zaghdoudi@yahoo.fr): Service de réanimation hôpital Habib Thameur .

Ines Sedghiani (sedghiani.ines@gmail.com): Service de réanimation hôpital Habib Thameur .

Nebiha Borsali Falfouli (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): Service de réanimation hôpital Habib Thameur .

L'agression rénale aiguë (ARA) est une complication fréquente chez les patients hospitalisés en réanimation. Chez les patients atteints de méningoencéphalite, l'ARA peut résulter de multiples mécanismes : sepsis sévère, hypoperfusion systémique, utilisation d'agents néphrotoxiques ou réponse inflammatoire intense.

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'association entre l'ARA et la mortalité chez les patients hospitalisés pour une méningoencéphalite confirmée.

Etude descriptive rétrospective menée sur une période de quatre ans (2022-2025) dans le service de réanimation de l'hôpital Habib Thameur Tunis. Ils ont été inclus les patients âgés de plus de 18 ans, hospitalisés pour méningoencéphalite pendant au moins 48 heures. Les patients aux antécédents d'une insuffisance rénale chronique n'ont pas été inclus dans notre cohorte. La fonction rénale a été évaluée à l'admission et au troisième jour de prise en charge.

Pendant la période d'étude, 51 patients ont été hospitalisés pour méningoencéphalite dont 44 ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen de nos patients était de 57 ± 18 ans avec un genre ratio de 2,14. Les motifs de consultation principaux étaient une altération de l'état neurologique dans un contexte fébrile (98%) et une insuffisance circulatoire aiguë (3%). Les scores APACHE II, IGS II et SOFA étaient $11,9 \pm 7$, $32,2 \pm 17,4$ et $3,14 \pm 2,9$ respectivement. Le GCS médian était de 11. L'acidose métabolique était notée dans 18% des cas à l'admission et au troisième jour de prise en charge. La survenue d'un état de choc était notée chez 23% des cas (18% état de choc septique et 5 % des cas état de choc

hypovolémique). La ventilation mécanique était nécessaire pour 41% des patients. Le taux de mortalité était à 40%. L'agression rénale aiguë était identifiée comme un facteur associé à la mortalité avec un Cut off de l'urée à l'admission à 7,15 mmol/L et de la créatinine à 98,5 mmol/L. Nous avons constaté qu'une aggravation de la fonction rénale à J3 était associée au mauvais pronostic. Le tableau I résume les Cut-off, AUC, sensibilité et spécificité des marqueurs rénaux à partir des courbes ROC.

L'agression rénale aiguë est un facteur indépendant de mortalité chez les patients hospitalisés pour méningoencéphalite.

P 144 LE BODY PACKING ET LE BODY STUFFING : BILAN DE NEUF ANS D'UN CENTRE DE REFERENCE EN TOXICOLOGIE

Auteurs : ABSENT

Amira Ben Jazia (amira.benjazia@fmt.utm.tn): réanimation médicale CMYAMUR .

MALAK KHARRAT (Malek.Kharrat@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

ABDELKADER MALEK (mellekabdelkader@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

ASMA AZAZA (ASMA@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

Hassen BEN Ghezala (rhadjfradj@gmail.com): réanimation médicale CMYAMUR .

NOZHA Brahmi (amira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale CMYAMUR .

ABSENT

P145 DEVIC'S DISEASE OR NEUROMYELITIS OPTICA SPECTRUM DISORDER : ABOUT A CASE REPORT

Fatima Souhila BOUCHAMA (soulaone@yahoo.fr): Pediatric Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Children's Hospital of Canastel. Oran, Algeria .

Kamel ELHALIMI (K@AT): Pediatric Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Children's Hospital of Canastel. Oran, Algeria .

Siham SI MERABET (S@OU): Pediatric Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Children's Hospital of Canastel. Oran, Algeria .

Neuromyelitis optica spectrum disorders“NMOSD”, previously known as Devic disease or neuromyelitis optica [NMO]; is a rare entity in pediatrics and often underdiagnosed. It's a severe relapsing autoimmune inflammatory demyelinating disease that preferentially affects the optic nerves and spinal cord, the clinical presentations of NMOSD is variable and associated to the involved area of the central nervous system “CNS”.

In this retrospective observation conducted in our PICU at Oran University hospital center.

We report here a case of an 03 years old, a boy who presented to our intensive care unit with a one-week history of gait and standing disorders with a sudden decline of the visual acuity; Patient was treated as an acute flaccid paralysis, we started on immunosuppressive therapy with intravenous immunoglobulin for 05 days , clinical characteristics and Brain MRI led to the diagnosis of NMOSD, cerebral spinal fluid examination showed high protein concentration, serum protein electrophoresis showed polyclonal hypergamma globulinemia The treatment of choice for acute conditions consists of high doses of methylprednisolone ;there has been clinical improvement with recovery of normal visual acuity.

NMOSD is an entity with particular clinical, immunological and radiological findings that differentiates it from multiples sclerosis, early diagnosis and early treatment help preventing relapses and major neurological sequelae.

P 146 LA TRACHEOTOMIE EN REANIMATION ADULTE : UTILE OU FUTILE ?

Auteurs :

Rania Ammar Zayani (rania.ammarzayani@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Emna Zouari* (emnazouari.96@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Najeh Baccouch (baccouch.najeh@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Abir Dammak (abirdammakg@gmail.com): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SFAX .

La trachéotomie est un acte couramment pratiqué chez les patients adultes de réanimation nécessitant le recours à la ventilation mécanique ; mais, paradoxalement, elle ne fait l'objet d'aucun consensus quant à ses indications ou modalités de réalisation. Par ailleurs, la prise en charge des patients une fois trachéotomisés n'est pas non plus codifiée.

Objectif de ce travail est de déterminer les indications de la trachéotomie chez les patients d'une unité de soins intensif ainsi les éléments à surveiller et identifier les complications ?

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle incluant les patients ayant subies une trachéotomie chirurgical dans notre unité de soin intensif réalisé sur trois mois et demie (du 1er Décembre 2022 au 15 Mars2023). Nous avons exclus les malades trachéotomisés en dehors de notre service. Nous avons fait une surveillance de l'état clinique des patients, l'aspect de l'orifice de trachéotomie et la pression du ballonnet à J1, J3 et J6. Ainsi nous avons identifié les complications

Nous avons inclus 30 patients avec une prédominance masculine (67 %). L'âge moyen de nos patients était de $50,30 \text{ ans} \pm 18,718$ (13-74). La catégorie d'âge > 60 ans était la plus dominante (40 %). Les antécédents les plus fréquents étaient l'hypertension artérielle (39 %) suivie du diabète (31 %). L'indication la plus fréquente était la ventilation mécanique prolongée (durée > 7 jours) (73,3 %). Quatre-vingt-trois pourcent des patients ont subi une trachéotomie précoce (durée inférieure à 15 jours) avec un délai moyen de 10 jours $\pm 6,4$. Les motifs d'admission les plus fréquents étaient la détresse respiratoire 43,3 %. Concernant la surveillance clinique de la trachéotomie, La température moyenne la plus élevée a été constatée le 3^e jour : 37,63 °C suivant cette procédure. Le nombre de malades ayant un site enflammé a augmenté avec un pourcentage de 70 % au sixième jour. Soixante-sept pourcent de la population avaient des sécrétions abondantes au 6^e jour. Quatre-vingt-trois pourcent des patients avaient la pression du ballonnet gonflée ($> 30 \text{ cm H}_2\text{O}$). Nous n'avons constaté aucune complication hémorragique suite à la trachéotomie, mais nous avons identifié seulement des complications infectieuses chez 28 patients (93,3 %) à type de pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM). Selon les résultats de prélèvement trachéal distal (PTD), le germe le plus dominant était l'Acinetobacter baumannii (46,7 %). Sept pourcent des patients étaient décanulés.

La trachéotomie est une technique qui permet le sevrage rapide de la ventilation mécanique mais au détriment des complications infectieuses. Un protocole de surveillance est souhaitable afin de minimiser ses complications.

P 147 ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME FOLLOWING ELECTRIC SHOCK

Auteurs :

S. Jerbi (jerbi_salma@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
E. Borni* (emna98.borni@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
D. Dlensi (dorsafdlensi89@outlook.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F. Zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
A. Abdellatif (arijabdellatif6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
A. Guizani (guizani.amel@icloud.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
M. Smaoui (smaoui.mariem5@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
R. Allala (rania.allala@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F. Medhioub (fatma_kaaniche@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

Pulmonary complications following electrical injury are uncommon, and acute respiratory distress syndrome (ARDS) is rarely reported. We describe the case of a young adult who developed severe ARDS after accidental electrocution.

A 20-year-old male sustained a 380-V electrical shock while washing a car at his workplace, resulting in a cardiac arrest. Return of spontaneous circulation was achieved after resuscitation. On admission to the intensive care unit, he was sedated, intubated, and presented with severe hypoxemia and bilateral crackles. He had no external burn injuries. Initial arterial blood gas revealed severe acidosis with pH 7.19, PaCO_2 58 mmHg, PaO_2 64 mmHg, bicarbonate 21 mmol/L, and oxygen saturation of 86%. Chest computed tomography demonstrated bilateral parenchymal consolidations and ground-glass opacities. Electrocardiography showed sinus tachycardia, while echocardiography revealed preserved left ventricular systolic function with normal filling pressures. He was managed with invasive mechanical ventilation, sedation, and neuromuscular blockade. No catecholamines were required. At the time of writing, the patient remains hospitalized in the intensive care unit with ongoing ARDS. This case emphasizes that even electrical injuries without external burns can lead to severe, life-threatening pulmonary complications such as ARDS. Early recognition and aggressive intensive care are crucial.

P 148 Predictors for failed first attempt of intubation in infants undergoing intra-abdominal surgery: a prospective observational study.

Auteurs :

Hend Ketata (ketatahind@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .
Olfa Cherif (olfa.cherif96@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .
Salma Ben Ayed (salma-ba@live.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .
Hajer Gnounou (gnounouhajer8@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .
Fares Mezghanni (fares.mezghanni93@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .
Aziz Hriz (azizhariz98@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .
Ibrahim Chaabane (ibrahimchaabane1993@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .
Anouar Jarraya (dranouarjarraya1983@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .

Infants have an increased risk of difficult airways because of anatomical and physiological changes among this population.

The aim of our study is to investigate predictive and protective factors for failed first attempt of intubation in the operating room.

In this prospective observational study, we included all infants whose ages ranged from 2 months to 2 years, scheduled for abdominal surgery with tracheal intubation. The anesthetic management protocol was standardized for all infants. Patients were divided into two groups according to the failure or the success of the first attempt of intubation. Then we compared the two groups. The significance level was set at $p < 0.05$, and univariable and multivariable logistic regression was used to determine predictive and protective factors for failed first attempt of intubation.

In this study, we included 140 infants. The incidence of failed first attempt was 35%. The main protective factors were ASA I-II classes with RR=0.226 [0.058-0.883], Mallampati I-II with RR=0.141 [0.034-0.587] and opioids during anesthetic induction with RR= 0.185 [0.04-0.846]. The main risk factors were dysmorphic syndrome with RR= 20.25 [2.48-165.2], limited mouth opening (<2cm) with RR= 4.482 [2.038-9.859], and emergent anesthesia with RR=2.23 [1.102-4.535].

the knowledge of predictors of difficult intubation in infants may help taking precautions, which can improve the outcomes. It is usual that dysmorphic infants and emergencies can have higher risk for difficult intubation but the use of Mallampati score among pediatric population needs further studies.

P 149 Can the Mallampati score predict difficult intubation among infants? A prospective observational study.

Auteurs :

Hend Ketata (ketatahind@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .

Omar Fakhfakh (omar.fakhfakh1928@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .

Olfa Cherif (olfa.cherif96@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .

Hajer Gnounou (gnounouhajer8@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .

Salma Ben Ayed (salma-ba@live.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .

Omar Tergaouchi (omartergaouchi@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .

Fares Mezghanni (fares.mezghani93@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .

Anouar Jarraya (dranouarjarraya1983@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax .

The Mallampati score is widely used to predict the risk of difficult intubation in adults. However, its role in pediatric patients is still controversial and limited. The Mallampati score, not yet validated, is also difficult to determine in infants and young children.

The aim of our study is to investigate the role of Mallampati score in predicting difficult intubation among infants.

In this monocenter prospective observational study we included all infants whose age ranged from 1 month to 2 years, and who were scheduled for pediatric surgery with endotracheal intubation. All included infants had a pre-anesthesia consultation that allowed a Mallampati score preoperative assessment. Patients were divided into 2 groups according to their Mallampati score (Group 1 included those with Mallampati I-II, and group 2 included those with Mallampati III-IV). Then, we assessed the

difficulty of tracheal intubation based on the number of attempts, the incidence of failed first intubation, the incidence of difficult intubation defined as the failure of the two first attempts, and the Cormack laryngoscopy view classification.

In this study we included 111 infants, 79 in group 1 and 32 in group 2. The demographic data were comparable in both groups. The number of attempts for intubation was 1.15 ± 0.48 in group 1 versus 2.22 ± 0.78 in group 2 with $p < 0.0001$. A failed first attempt for intubation was observed among 9 patients in group 1 versus 27 patients in group 2 with $p < 0.0001$ and $RR = 0.268$ [0.152-0.473]. A Mallampati I-II (group 1) was associated with a Cormack I-II classes with $RR = 2.677$ [1.272- 5.632], and protected against the Cormack III-IV classes with $RR = 0.301$ [0.184- 0.495]

It seems that the Mallampati score may help predicting the risk of pediatric difficult intubation. However, further studies and larger sample is certainly required.

P 150 Knowledge and Practices in Mechanical Ventilation: A Survey Among Intensive Care and Emergency Personnel

Auteurs :

Salma Chouchene (zamitisalma92@yahoo.com): réanimation médicale Sahloul .

Samar Achouri (samarachouri@outlook.fr): stage optionnel de néphrologie Sahloul .

Rania Hidri (rannouch.hidri6@gmail.com): réanimation médicale Sahloul .

Hajer Zouari (hajerzouari6@gmail.com): réanimation médicale Sahloul .

Mariem Saadaoui (Saadaouimariem@gmail.com): stage optionnel réanimation médicale Sahloul .

Mechanical ventilation is a cornerstone technique in critical care, used to support or replace spontaneous breathing in cases of acute failure. Its complexity and associated risks require specific skills, placing nursing staff at the center of monitoring and care adjustments.

To assess the knowledge and practices of paramedical staff in emergency and intensive care regarding mechanical ventilation, in order to identify gaps, encountered difficulties, and needs for tailored continuing education.

A descriptive qualitative study was conducted among 60 paramedical professionals working in the emergency and intensive care units of Sahloul and Farhat Hached University Hospitals. Data were collected through a self-administered, anonymous questionnaire validated by five physicians, exploring both theoretical and practical knowledge of mechanical ventilation. The survey was carried out between November 2024 and January 2025. Statistical analysis was performed using SPSS software to evaluate mastery of indications, ventilatory modes, setting parameters, and clinical monitoring of ventilated patients.

Among the 60 participants, the majority were female (68%) with a mean age of 32.5 years; 50% had less than five years of experience, and 75% worked in emergency units. About two-thirds had not received specific training in mechanical ventilation. Regarding theoretical knowledge, 81.7% correctly identified the primary purpose of mechanical ventilation, and 88.3% recognized its main indications, such as cardiorespiratory arrest. Concerning interfaces, 88.3% cited the endotracheal tube and 73.3% the tracheostomy cannula. However, only 40% precisely defined ventilatory modes, 38.3% understood the concept of inspiratory support, and 45% mastered tidal volume values. Basic ventilator settings were better known: respiratory rate (81.7%), PEEP (78.3%), and FiO_2 (71.7%). Ventilatory monitoring was considered essential by 71.7%. These findings demonstrate adequate understanding of general principles but significant practical gaps, particularly in parameter management and alarm interpretation. This highlights the need for targeted reinforcement of paramedical training, combining theoretical consolidation with tailored practical workshops.

Mechanical ventilation requires strong and consistent competencies. Our study highlights practical deficiencies among paramedical staff, supporting the implementation of specific continuing education programs to optimize both patient safety and the quality of critical care delivery.

P 151 Approches thérapeutiques ventilatoires des pneumonies communautaires graves en soins intensifs : étude descriptive et analytique

Auteurs :

Abir Dammak (abirdammakg@gmail.com) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Sabrine Bradai (sabrine.bradai2@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Ines Dahech (inesdahech23@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Yosr Ben Taher (yoser.bentaher@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Mabrouk Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .
Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.

La pneumonie aiguë communautaire (PAC) grave constitue une cause majeure d'admission en réanimation et demeure associée à une morbi-mortalité élevée. Une prise en charge thérapeutique rapide et adaptée conditionne le pronostic.

Décrire les stratégies thérapeutiques ventilatoires instaurées chez les patients admis pour pneumonie communautaire grave et analyser leur impact sur l'évolution clinique et pronostique.

Étude prospective descriptive et analytique réalisée en réanimation sur une période de 4 ans de janvier 2019 à décembre 2022, incluant tous les patients admis pour pneumonie communautaire grave confirmée cliniquement, radiologiquement et biologiquement. Les modalités thérapeutiques ventilatoires instaurées et leur impact sur l'évolution clinique ont été analysés.

Pendant la période de l'étude, 120 patients ont été admis pour prise en charge de PAC. Tous les patients inclus dans notre étude ont nécessité une oxygénothérapie dès leur admission en réanimation. Le masque facial a été utilisé chez 33 patients (27,5%). Le débit d'oxygène était en moyenne de $8,7 \pm 4,9$ litres/min pendant une durée moyenne de $3,8 \pm 2,7$ jours. L'oxygénothérapie à haut débit a été utilisé chez 4 patients (3,3 %). Le débit d'oxygène utilisé a été maximal 60 l/min chez tous les patients avec une FiO₂ entre 80 et 100% pendant une durée moyenne de $3,5 \pm 3$ jours. Au cours du séjour en réanimation, le recours à la ventilation mécanique a été nécessaire chez 115 patients (95,9%). Trente-huit patients (31,7%) ont nécessité l'utilisation de la VNI pendant une durée moyenne de $3 \pm 2,1$ jours. Quatre-vingt-dix-sept patients (80,8 %) ont nécessité la ventilation mécanique invasive avec une durée moyenne de $12,7 \pm 10,1$ jours. Parmi ces patients, 43 patients (44,3 %) ont été extubés, avec un délai moyen de $6,3 \pm 4,2$ j et un taux de succès de 58,1 %. La trachéotomie a été réalisée chez 29 patients (29,9 %), avec un délai moyen de $10,6 \pm 4,7$ j. Quatre patients (13,8%) ont été décanulés en réanimation. La comparaison entre les groupes des survivants et décédés a montré que chez les patients décédés, l'utilisation du masque facial était significativement moins fréquente ($p < 0,001$), avec un débit d'oxygène administré plus élevé ($p = 0,005$). En ventilation non invasive, une FiO₂ significativement plus élevée ($p = 0,04$) et une durée d'utilisation plus courte ($p = 0,04$) ont été observées. Le recours à la ventilation mécanique invasive était significativement plus fréquent dans ce groupe ($p < 0,001$), avec une pression expiratoire positive (PEP) également plus élevée ($p = 0,01$). Chez les décédés, l'extubation et la décanulation étaient significativement moins fréquentes ($p < 0,001$ et $p = 0,001$ respectivement), tandis que l'échec d'extubation était significativement plus élevé ($p < 0,001$).

La pneumonie aiguë communautaire grave demeure une pathologie à haut risque vital. L'analyse de nos données met en évidence que les modalités thérapeutiques ventilatoires influencent directement la mortalité, soulignant l'importance d'une stratégie de prise en charge adaptée et précoce.

P 152 Bronchopneumopathie chronique obstructive avec ou sans comorbidités en réanimation: impact sur le pronostic

Auteurs :

Nesrine bel haj amor (nesrine.belhajamornesrine@gmail.com): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan .

Khaoula Ben Ismail (khaoula.benismail@gmail.com): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan .

Mohamed Aziz Fehri (fehriaziz7@gmail.com): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan .

Boudour Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan .

Najla Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan .

Fatma Essafi (essafifatma1302@gmail.com): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan .

Takoua Merhbene (takouamerhabene@yahoo.fr): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan .

L'exacerbation sévère de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) représente une cause fréquente d'hospitalisation en réanimation. Les comorbidités, fréquentes chez cette population, pourraient modifier significativement l'évolution clinique, la durée du séjour et la mortalité en soins intensifs.

Évaluer l'impact des comorbidités sur la mortalité, la durée de séjour et le recours à la ventilation mécanique chez les patients BPCO admis en réanimation pour insuffisance respiratoire aiguë.

Il s'agissait d'une étude rétrospective, observationnelle et comparative menée au service de réanimation de l'hôpital de Zaghouan entre janvier et septembre 2025. Ont été inclus tous les patients BPCO admis pour insuffisance respiratoire aiguë, répartis en deux groupes : G1, avec comorbidités, et G2 sans comorbidité. Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques et évolutives ont été comparées. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS. Une régression multivariée a été utilisée pour identifier les comorbidités associées à la mortalité, au recours à la ventilation mécanique et à la durée du séjour.

Soixante-deux patients ont été inclus (32 hommes, 30 femmes), avec un âge moyen de 66 ± 8 ans. L'insuffisance respiratoire aiguë était secondaire à une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive dans tous les cas. Le recours à la ventilation mécanique invasive a concerné 48 % des patients, dont 21 % ont nécessité une trachéotomie. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 12 ± 6 jours et la mortalité globale atteignait 32 %. La présence de comorbidités était significativement associée à une mortalité plus élevée : diabète (72,7 % vs 24,1 %), hypertension artérielle (69,7 % vs 30,3 %), cardiopathie ischémique (45,2 % vs 17,6 %) et cardiopathie rythmique (33,3 % vs 22,2 %). Le recours à la ventilation mécanique invasive était plus fréquent chez les patients présentant un diabète (66,7 % vs 35,5 %). Les comorbidités respiratoires avaient également un impact péjoratif: l'association à un asthme augmentait la mortalité (16,1 % vs 6,3 %), à une dilatation des bronches (6,7 % vs 3,1 %) et à un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (26,7 % vs 6,3 %). Les comorbidités cardiovasculaires ont augmenté le recours à la ventilation mécanique invasive: hypertension artérielle (63,3 %), cardiopathie ischémique (35,7 %) et rythmique (28,6 %). À l'inverse, les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive au stade d'insuffisance respiratoire chronique présentaient une mortalité paradoxalement moindre (12,1 % vs 24,1 %). Enfin, le diabète était la seule comorbidité significativement associée à un allongement de la durée de séjour (16 ± 2 jours vs 8 ± 2 jours ; $p = 0,04$).

Chez les patients BPCO, les comorbidités aggravent le pronostic vital, augmentent le recours à la ventilation invasive et prolongent le séjour en réanimation. Une approche multidisciplinaire intégrant la gestion des comorbidités est essentielle pour réduire la morbi-mortalité.

P 153 Difficultés liées à l'utilisation du vidéolaryngoscope au cours de l'intubation orotrachéale.

Auteurs :

N.Foudhaili* (foudhailin@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .
O.Saadaoui (osaadaoui122@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .
W.Brahmi (brahmiwala@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .
S.Ouerghi (ouerghiseif16@gmail.com): Service des Urgences Hôpital Régional du Kef .

Le vidéo-laryngoscope est un outil utilisé pour faciliter la visualisation de la glotte surtout en cas d'intubation difficile. Cependant, plusieurs opérateurs ont approuvé des difficultés à l'introduction de la sonde d'intubation.

Le but de l'étude était d'étudier les difficultés liées à l'utilisation du vidéo laryngoscope lors de l'intubation orotrachéale en urgence.

Nous avons mené une étude prospective de durée de 6 mois incluant tous les patients nécessitant une intubation orotrachéale. Toutes les intubations étaient réalisées par vidéolaryngoscope. Une évaluation du score de CORMACK a été réalisée avant l'intubation. La difficulté d'introduction de la sonde a été jugée sur le recours à l'utilisation d'un guide ou d'un mandrin souple, sur le nombre de tentatives > 1 et sur la durée d'intubation > 10 secondes.

Nous avons inclus 56 patients dont l'âge moyen était de 50 ± 20 ans avec une nette prédominance féminine (H/F=20/36). Les principales indications de l'intubation étaient la détresse respiratoire (74%), le coma (18%) et l'arrêt cardiaque (8%). L'intubation était jugée difficile dans 27 cas (48%). Un grade CORMACK > 2 était retrouvé dans 70% des cas. Le grade CORMACK > 2 était associé de façon significative à difficulté de l'intubation ($p \approx 0.026$).

L'évaluation du score de CORMACK avant l'intubation permettrait de prédire les difficultés d'intubation liées à l'utilisation de vidéolaryngoscopie et de prendre les précautions nécessaires.

P 154 FACTEURS PREDICTIFS DU RE COURS A LA VENTILATION NON INVASIVE DANS LES EXACERBATIONS AIGUËS DE BPCO

Auteurs :

Abdelkader Ibn Hadj Hmida* (abdelkader.belhadj900@gmail.com): urgences médicales Hopital Taher Maamouri Nabeul .
Bachrouch Maissa (maissa_bachrouch@yahoo.fr): urgences médicales Hopital Taher Maamouri Nabeul .
farouk labiedh (faroukfarouk808@gmail.com): urgences médicales Taher Maamouri Nabeul .
feriel Trabelsi (feriel.lhs@gmail.com): urgences Hopital TAher Maamouri Nabeul .

La ventilation non invasive occupe une place importante dans la prise en charge des patients présentant une exacerbation aigüe BPCO. Les facteurs prédictifs du recours à la ventilation non invasive varient selon des paramètres cliniques et biologiques.

L'objectif de cette étude était d'identifier les paramètres cliniques, biologiques et gazométriques associés au recours à la ventilation non invasive chez les patients admis pour exacerbation aigüe de BPCO .

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique menée entre janvier 2024 et août 2025. Elle a inclus quatre-vingt-dix-neuf patients hospitalisés pour exacerbation aigüe de BPCO . Les données démographiques, cliniques, gazométriques et biologiques ont été recueillis .Une régression logistique a permis d'identifier les facteurs associés au recours à la ventilation non invasive.

On a colligé 99 patients majoritairement de sexe masculin avec un sex-ratiode 5,1 .L'âge moyen était de 71 ans \pm 10 ans. Le recours à la ventilation non invasive a concerné plus de la moitié des patients soit 56 patients (56,6%). En analyse univariée plusieurs paramètres étaient significativement associés à la ventilation non invasive : le sexe masculin avec ($p = 0,019$; OR = 3,7 [1,1–11,18]) et le tabagisme actif avec ($p = 0,011$; OR = 5,4 [1,3–22,2].Sur le plan gazométrique un pH inférieur à 7,35 ($p = 0,001$; OR = 10,6 [3,9–28,7]), une PaCO₂ supérieure à 45 mmHg ($p = 0,001$; OR = 29,2 [3,6–236]) et un HCO₃⁻ supérieur à 30 mmol/L ($p = 0,023$; OR = 2,7 [1,1–6,5]) étaient significativement associés au recours à la ventilation non invasive. . La mortalité hospitalière était plus élevée chez les patients ventilés ($p = 0,018$; OR = 5,6 [1,1–26,5]).

Dans l'exacerbation BPCO, le recours à la VNI est étroitement lié au tabagisme actif et à l'acidose respiratoire . Des études à plus grande échelle sont nécessaires pour définir les déterminants du recours à la VNI .

P 155 L'insuffisance respiratoire aiguë chez les patients greffés rénaux en réanimation : Caractéristiques épidémiologique, cliniques et impact pronostic

Auteurs :

M.Assaguem (malekassaguem@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
N.Baccouch (baccouch.najeh@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
A.Dammak (abirdammakg@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
F.Houri (hourifadwa@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
I.Dahech (inesdahech23@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
R.Krichen (raniakrichen17@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
M.Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .
C.Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax .

L'insuffisance respiratoire aiguë (IRA) chez les transplantés rénaux en réanimation est un sujet complexe et crucial en raison de l'immunodépression et des comorbidités associées. Les causes sont multiples entre infectieuses, non infectieuses qui varient en fonction du délai post-transplantation.

Décrire les caractéristiques épidémiologie, cliniques et évolutives de l'insuffisance respiratoire aigüe chez les patients ayant bénéficié d'une transplantation rénale.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de réanimation sur une période de 8 mois (janvier 2025-Aout 2025). On a inclus tous les patients greffés rénaux admis au service de réanimation médicale pour une insuffisance respiratoire aigüe.

Durant cette période d'étude 6 patients greffés rénaux ont été admis en réanimation pour insuffisance respiratoire aigüe (IRA). L'âge moyen était de $43 \pm 11,9$ ans, avec une sex-ratio de 1. Le délai moyen entre la transplantation rénale et la survenue de l'insuffisance respiratoire aigüe (IRA) était de $12,4 \pm 9,1$ ans. Tous les patients recevaient un traitement immunosupresseur comportant un antiprolifératif à base de mycophénolate mofétil (MMF). Cinq patients sur six étaient sous inhibiteurs de la calcineurine (tacrolimus). La majorité présentait des comorbidités, dominées par l'hypertension artérielle. Les scores moyens APACHE II et SOFA à l'admission étaient respectivement de $13,7 \pm 5,4$ et $6,1 \pm 2,6$. Trois patients ont nécessité une ventilation mécanique invasive, associée à une curarisation et à la mise en décubitus ventral. Deux patients étaient en état de choc, dont une d'origine septique et un secondaire à un collapsus post-reventilation. L'étiologie principale de l'IRA, d'installation progressive, était la pneumopathie, observée chez cinq patients. Les agents infectieux identifiés étaient dominés par *Pneumocystis jirovecii* chez 3 patients, suivis d'infections virales, le virus de la grippe A chez un patient et le cytomégalovirus chez deux patients. Le recours à l'hémodialyse a été nécessaire chez un patient. La durée moyenne de séjour en réanimation était de $9,7 \pm 6,7$ jours. Quatre patients parmi 6 sont décédés.

L'insuffisance respiratoire aigüe (IRA) est le principal motif d'admission en réanimation chez le transplanté rénal avec une incidence non négligeable et une mortalité élevée. Une prise en charge

spécifique et rigoureuse ciblant les infections opportunistes est indispensable pour améliorer la survie de ces patients immunodéprimés.

P 156 Une pneumocystose pulmonaire compliquée d'un Syndrome de détresse respiratoire aiguë révélée par une embolie pulmonaire

Auteurs :

Nouira Wiem (wiemnouira1@gmail.com) : Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
sassi Rania (rtransassi@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Ben Brahim salaheddine (Benbrahimsaladin@gmail.com): Réanimation médical CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Lahmar Manel (firassmal4@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Asma Ben mhamed (Benmhammedasmaa@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Bouchallouf Hiba (Hiba.bouchallouf@etudiantfmt.utm.tn): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Maaatouk Iyed (maatouk.yed@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Bedhiafi Emir (bedhiafi.emir@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Dachraoui Fahmi (dachraoui.fahmi@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
L.Ouane Besbes (lamiaouanes107@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .

La pneumocystose pulmonaire est une infection opportuniste sévère, souvent liée à une immunodépression. Cependant, elle peut survenir chez des patients immunocompétents présentant des facteurs favorisants inhabituels, notamment la consommation de cocaïne, qui prédispose à un état thromboembolique et à une altération des défenses pulmonaires.

Un patient de 36 ans, consommateur chronique de cocaïne, est admis en réanimation pour une insuffisance respiratoire aiguë hypoxémante. La symptomatologie débute par une dyspnée brutale accompagnée d'hémoptysie. À l'admission, l'examen clinique révèle une fièvre à 38,2 °C, une fréquence respiratoire élevée (38 cpm), une tachycardie à 130 bpm et une SpO₂ à 90 % sous oxygène à haut débit. D'emblée, la radiographie thoracique et le scanner montrent des opacités alvéolaires bilatérales diffuses compatibles avec un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA). Par ailleurs, le scanner identifie une embolie pulmonaire proximale. L'échocardiographie révèle une dilatation du ventricule droit sans dysfonction ventriculaire gauche majeure. Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire important avec CRP élevée, hyperleucocytose et hypoxémie sévère (rapport PaO₂/FiO₂ = 180). Un traitement anticoagulant curatif et une antibiothérapie empirique sont initiés. Cependant, la persistance de l'hypoxémie et du syndrome inflammatoire conduit à la recherche d'une infection opportuniste. La PCR sur crachats induits confirme la présence de *Pneumocystis jirovecii*. Le bilan immunologique, incluant la sérologie VIH, est négatif. L'instauration d'un traitement par cotrimoxazole, associée à une prise en charge ventilatoire non invasive, entraîne une amélioration clinique, biologique et radiologique progressive. Ce cas illustre une présentation clinique sévère et atypique d'une pneumocystose pulmonaire sur un terrain non immunodéprimé, révélée par une embolie pulmonaire et un SDRA d'emblée. La consommation de cocaïne semble jouer un rôle clé dans la pathogenèse, en favorisant un état prothrombotique et une vulnérabilité pulmonaire accrue aux infections opportunistes. L'identification rapide de l'infection opportuniste est essentielle face à une aggravation clinique et radiologique.

La présence d'opacités alvéolaires bilatérales dès l'admission, associée à une embolie pulmonaire chez un consommateur de cocaïne, doit faire évoquer une pneumocystose pulmonaire, même sans immunodépression connue. Une approche diagnostique intégrée est indispensable pour une prise en charge optimale.

P 157 Les caractéristiques cliniques et évolutives à court et à long terme des patients atteints de dilatation des bronches (DDB) hospitalisés en réanimation

Auteurs :

Nouira Wiem (wiemnouira1@gmail.com) : Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
sassi Rania (ransassi@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Ons Dhahbi (Onsdhahbi6@gmail.com): Réanimation médical CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Zaibi Ali (3li.zaiibi@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Lahmar Manel (firasmal4@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
chelbia chourouk (chouroukchelbia@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Maaatouk Iyed (maatouk.yed@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Bedhiafi Emir (bedhiafi.emir@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Hammouda Zeineb (Zanoubia83@hotmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .
Ouanes Besbes Lamia (lamiaouanes107@gmail.com): Réanimation médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir .

La dilatation des bronches (DDB) est une maladie respiratoire chronique souvent associée à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). En réanimation, l'attention se porte généralement sur la BPCO lors des décompensations aiguës, laissant la DDB sous-évaluée. Or, les données cliniques et pronostiques spécifiques à la DDB en phase aiguë sévère sont rares, ce qui limite une prise en charge optimale.

Étudier les caractéristiques cliniques et le pronostic à court et long terme des patients atteints de DDB admis en réanimation pour décompensation aiguë, afin de combler ce manque d'informations.

Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant 25 patients admis en réanimation polyvalente à Monastir entre 2017 et 2022. les données cliniques, biologiques et radiologiques ont été recueillies. Suivi vital actualisé en septembre 2025 avec analyse de la survie par Kaplan-Meier.

Durant la période d'étude, 189 patients ont été hospitalisés pour une décompensation aiguë d'une insuffisance respiratoire chronique. la prévalence de la DDB était 12,5%. L'âge médian était de 64 ans [IQR : 54–72,5] et l'IMC médian de 28,0 kg/m² [IQR : 22–35,1]. 56% de sexe masculin. La moitié des malades étaient diabétiques et la BPCO était associée à la DDB chez 75% des patients. Le pH médian était 7,32 [IQR : 7,24–7,34] et la capnie médiane à 74,73 mmHg [IQR : 64,7–92,8], La durée médiane de ventilation non invasive (VNI) était de 11 jours [IQR : 6–20] et celle du séjour en réanimation de 13 jours [IQR : 8–25]. La majorité des décompensations était secondaire à une surinfection de DDB (62 %) avec des colonisations fréquentes par le *Pseudomonas Aeruginosa*. Au total, 90% des patients ont été pris en charge initialement par VNI, avec un échec nécessitant l'intubation chez 25 %. La mortalité en réanimation était de 20%. Après sortie, 60% des patients nécessitaient la VNI et l'oxygénothérapie. À long terme, 45,5% étaient encore vivants en 2025. La durée médiane de survie était de 84 mois avec un intervalle de confiance [IQR : 66,5–101,5].

Cette étude met en lumière la morbidité importante et la survie limitée des patients atteints de DDB en réanimation, une pathologie souvent éclipsée par la BPCO. Ces résultats soulignent l'importance d'une reconnaissance et d'une prise en charge spécifiques de la DDB pour améliorer le pronostic des patients graves.

P 158 PRONOSTIC DES PATIENTS RÉINTUBÉS EN RÉANIMATION

Auteurs :

S.Kharrat (sanakharrat15@hotmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .
I.Dahech* (inesdahech23@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .
N.Kallel (nourkallel82@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .
A.Dammak (abirdamnakg@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .

K.Chtara (kamilia.chtaraelaoud@gmail.com): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .

M.Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .

C.Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax .

La réintubation est un événement fréquent en réanimation, souvent secondaire à un échec d'extubation. Elle constitue un indicateur de gravité, associée à une morbidité accrue, une prolongation de la ventilation mécanique et une augmentation significative de la mortalité

Évaluer le pronostic des patients réintubés en réanimation en analysant la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique, les complications infectieuses, thromboemboliques et trophiques, ainsi que la mortalité.

Nous avons mené une étude prospective, sur une période de 4 mois, au sein d'une unité de soins intensifs, incluant tous les patients sous ventilation mécanique invasive qui ont eu une épreuve de sevrage planifiée. Les patients auto-extubés étaient exclus. Les patients ont été répartis en deux groupes : groupe réintubé et groupe non réintubé. Le pronostic a été comparé entre les deux groupes en termes de durée de ventilation mécanique, durée de séjour, complications infectieuses, thromboemboliques, trophiques et mortalité. Les analyses statistiques ont été réalisées sous SPSS avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$

Durant la période d'étude 58 patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de $42,6 \pm 21$ ans avec un sex ratio à 1,32. Le SAPS II moyen à l'admission était de $24,1 \pm 11$ et le score SOFA moyen était à $4,8 \pm 3$ points. Quinze pourcent de la population avaient une HTA, 13,2% avaient une cardiopathie ischémique et un seul patient avait une insuffisance respiratoire chronique. L'indice de masse corporelle moyen était à 24 ± 5 avec des extrêmes de 13 à 35. Vingt-cinq patients (41,4%) étaient ventilés pour une détresse neurologique, 12 patients (20,7%) pour une détresse respiratoire et 20 patients (34,5%) pour un acte opératoire. La durée moyenne d'intubation était de 4 ± 3 jours [1-15]. Le support ventilatoire le plus utilisé à l'extubation était le masque simple chez 94% des cas. La VNI a été utilisée chez 18 patients (31%) et l'OHD chez 3 patients (5,2%). Quatorze patients (24,1%) ont été réintubé. L'échec d'extubation a été significativement corrélé à la durée d'intubation $> 5,5$ jours avant sevrage ($p=0,06$, AUC : 0.85, Se: 70%, Sp : 80%). La durée totale de ventilation mécanique était en moyenne de $6,5 \pm 4$ jours sans différences significatives entre les 2 groupes. La durée moyenne de séjour a été de $10,2 \pm 11,6$ jours. Les complications infectieuses ont été observées chez 29,3% des malades, les complications trophiques chez 24,1% et les complications thrombo-emboliques chez 12% des patients sans différence significative entre les deux groupes. La ré-intubation a été associée significativement à un séjour plus long en réanimation (4 jours vs 21 jours ; $p<10-3$) et une mortalité plus élevée (2.2% vs 42.6% ; $p<10-3$; OR=32).

La réintubation en réanimation est associée à une prolongation du séjour, une majoration de la mortalité. Sa survenue souligne la nécessité d'une évaluation rigoureuse avant extubation et d'une surveillance rapprochée post-sevrage.

P 159 OËDEME AIGUE DU POUMON NEUROGENIQUE : OBSERVATION RARE SUITE A UNE QUASI-PENDAISON

Auteurs :

M.Kharrat (kharratmalek1@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

A.Ben Jazia (amira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

M.Abdelkader (mellekabdelkader@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

H.Ben Hassine* (benhassinehamza48@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

A.Azaza (asmaazaza8@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

H.Ben Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimaton médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

N.Brahmi (nzh.brahmi@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

Introduction : L'œdème pulmonaire neurogénique est une complication rare, apparaissant brutalement après agression aiguë du système nerveux central secondaire à une décharge adrénnergique induisant une extravasation alvéolaire. Son diagnostic est clinico-radiologique. Le traitement associe traitement de la cause et support ventilatoire

Un patient de 27 ans, sans antécédents pathologiques, a été admis pour quasi-pendaison compliquée d'altération de la conscience nécessitant la ventilation mécanique invasive. À J01 d'hospitalisation, il a présenté une aggravation respiratoire brutale avec majoration des besoins en oxygène et râles crépitants bilatéraux à l'auscultation pulmonaire. La biologie a révélé une insuffisance rénale aiguë (créatinine=203 μ mol/L), une cytolysé hépatique à 10XN et une élévation majeure des troponines à 16000ng/ml, avec diurèse conservée. La radiographie thoracique a montré des images alvéolaires bilatérales de distribution péri hilaire évoquant un œdème pulmonaire. L'échocardiographie trans thoracique était sans anomalies avec une FEVG conservée, sans trouble de cinétique segmentaire. Le dosage des ProBNP et de procalcitonine est revenu négatif. Le diagnostic d'œdème aigu pulmonaire (OAP) neurogénique a été retenu devant l'aggravation respiratoire post-agression cérébrale (quasi-pendaison, hypoxémie aigue), les râles crépitants diffus, l'imagerie évocatrice de surcharge pulmonaire, l'absence de signes échographiques d'insuffisance cardiaque gauche, et la biologie concordante (troponines élevées sans anomalies échographiques ni électriques, insuffisance rénale aigue, cytolysé hépatique, procalcitonine et ProBNP négatifs). La sédation a été optimisée et la ventilation ajustée avec optimisation de la PEEP permettant une oxygénation satisfaisante. L'évolution a été favorable avec amélioration rapide du tableau respiratoire et récupération progressive des atteintes hépatique et rénale. Cependant le patient a présenté durant son hospitalisation une embolie pulmonaire à bas risque de mortalité ainsi qu'un accident vasculaire ischémique du tronc cérébral qui serait en rapport avec l'hypoxémie aigue suite à la quasi-pendaison. Le patient a été extubé à J06 de prise en charge et mis sortant après 10 jours d'hospitalisation.

L'œdème aigu pulmonaire neurogénique est une complication rare des agressions cérébrales aiguës. Il se manifeste par une détresse respiratoire rapidement progressive, secondaire à une décharge de catécholamines. Son évolution est réversible si la cause est prise en charge précocement.



P 160 Impact du délai de mise sous sédation-curarisation dans le SDRA modéré à sévère sur le pronostic

Auteurs :

S. Ajleni (syrineajleni@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

S. chtioui (souma.cthioui@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

S. Mougou (sarra97@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

M.Jrad (maissa.jrad@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

M. Fekih Hassen (mohamed.fekihhassen1@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

H. Ben SikAli (Habiba.sikali@hotmail.fr): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

O. Jaoued (oussamajaoued@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

S. Elatrous (souheilatrous@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

En améliorant la synchronisation patient-ventilateur et en réduisant la consommation d'oxygène des muscles respiratoires chez les patients atteints de SDRA modéré à sévère, la curarisation associée à la sédation profonde, pourraient influencer la morbidité et la mortalité.

Évaluer si une curarisation précoce (< 12 h) après intubation dans le SDRA modéré à sévère est associée à une réduction de la mortalité à J28, comparée à une curarisation tardive (≥ 12 h)

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective et analytique menée au service de réanimation médicale sur une période allant de janvier 2017 au juillet 2025. Nous avons inclus tous les patients âgés plus de ≥ 18 ans et admis en réanimation pour prise en charge d'un SDRA modéré ou sévère avec recours à une sédation-curarisation. Les paramètres recueillis : les caractéristiques démographiques, les données cliniques à l'intubation, les modalités de curarisation, les traitements et les stratégies associées, évolution en réanimation et issues cliniques

Parmi 547 patients, 100 patients ont été analysés. Le sexe masculin était prédominant (59%). L'âge médian était de 61,5 ans [44-69]. La molécule la plus utilisée pour la curarisation était le cisatracruim (85%) avec un débit médian de 10 mg/h [8-16] et une durée médiane de curarisation de 72 heures[48-192]. Le délai d'introduction des curares était majoritairement précoce (dans 67% des cas). Le recours au DV et aux corticoïdes était respectivement dans 58% et 83% des cas. La mortalité globale à J28 était de l'ordre de 55% avec une durée de séjour en réanimation de 15 jours [6-24]. En analyse univariée, les deux groupes étaient comparables hormis le recours au décubitus 68% vs 36% $p=0.001$ (Tableau 1). Pour l'analyse des 2 groupes survivants et décédés. Le débit de perfusion des curares était significativement plus élevé dans le groupe décédé (15 [10-19] versus 10[5-10], $p<0.001$). La durée de curarisation était similaire entre les 2 groupes et le recours au DV était significativement plus important dans le groupe de décès (70% vs 42%, $p=0.005$). De même l'utilisation d'une PEP haute et le recours à une antibiothérapie étaient significativement plus importants dans le groupe décédé. Le sofa à J3 était significativement plus élevé dans le groupe des décédés (Tableau 2). En analyse multivariée, les facteurs associés à la mortalité : le débit de perfusion des curares (OR : 1,19 ; IC 95% [1,03-1,37] ; $p=0,021$) et le score de SOFA à j3 (OR : 1,91 ; IC 95% [1,27-2,86] ; $p=0,002$)

Le délai de mise sous sédation-curarisation dans le SDRA modéré à Sévère n'a pas d'impact sur la mortalité

P 161 LES PNEUMOPATHIES AIGUES COMMUNAUTAIRES HYPOXEMIANTES : ETUDE EPIDÉMIOLOGIQUE A PROPOS DE 45 CAS

Auteurs :

M.Bachrouch (maissa_bachrouch@yahoo): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .

F.Trabelsi* (feriel.lhs@gmail.com): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .

A.Belhadj Hmida (abdelkader.belhadj900@gmail.com): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .

F.Labiadh (faroukfarouk0808@gmail.com): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .

S.Jerbi (siwarjerbi28@gmail.com): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .

S.Mahfoudhi (sami1mahfoudhi@hotmail.fr): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .

Les pneumopathies aigues communautaires hypoxémiantes sont responsables d'une morbi-mortalité élevée. Leur pronostic est réservé.

Le but de notre étude est d'évaluer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des patients hospitalisés pour pneumopathies hypoxémiantes dans notre service.

Étude rétrospective portant sur tous les malades qui étaient hospitalisés durant la période entre mars 2025 et septembre 2025. Les données ont été recueillies et analysées par SPSS .

On a colligé 45 patients hospitalisés pour pneumopathie hypoxémiant. Ils sont répartis en 24 hommes et 21 femmes avec un sex-ratio (H/F=1,14). L'âge moyen était de 69 ans $\pm 17,9$ (24-95 ans). les comorbidités ont été dominées par l'HTA chez 18 patients (40%), le diabète chez 12 patients (26,6%), BPCO chez 11 patients (24%) et l'insuffisance rénale chez 8 patients (17,7%). L'examen clinique a objectivé une dyspnée (n=39), une altération de l'état général (n=21) une toux (n=19), une fièvre (n=17) et des expectorations purulentes(n=11) . La CRP moyenne était de 208mg/L (7-566mg/L). La radio thorax a objectivé une opacité alvéolaire en foyer dans 27 cas (60 %) , des images alvéolaire bilatérales dans 12 cas(27,3%) et un syndrome interstitiel dans 15 cas (15,4 %). Un ECBC a été réalisé dans 5 cas s. L'amoxicilline acide clavulanique a été prescrit dans 12 cas , l'association céfotaxime levofloxacin

dans 27cas et cefotaxime -macrolide dans 5 cas. L'oxygénothérapie était administrée par sonde nasale dans 25cas (55 %) et par masque à haute concentration dans 20 cas (44%).On a eu recours à la VNI dans 15 cas (33,3%) et à l'intubation oro-trachéale dans un seul cas. Selon le score de Fine, les patients étaient classés en classe II dans 4 cas (8,8%), classe III dans 5 cas (11 ,11 %) classe IV dans 20 cas (44,44 %) et classeV dans 16 cas (35%). L'évolution était favorable dans 33cas (73%) et 12 patients sont décédés

Les pneumopathies hypoxémiantes sont fréquentes. Le manque de données microbiologiques est un obstacle à une prise en charge optimale. La gravité de cette infection et la mortalité élevée restent un problème majeur.

P 162 L'IMPACT DU DELAI DE MISE EN PLACE DE LA VNI SUR LA MORTALITE INTRA-HOSPITALIERE CHEZ LES PATIENTS ADMIS EN REANIMATION POUR EXACERBATION AIGUË GRAVE DE BPCO.

Auteurs :

E. Zinelabidine (eyazine@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .
M. Jrad (maissa.jrad@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .
T. Nefzaoui (nefzaouitayssir@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .
S. Mougou (sarra97@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .
M. Fekih Hassen (mohamed.fekihhassen1@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

H. Ben SikAli (Habiba.sikali@hotmail.fr): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

O. Jaoued (oussamajaoued@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

S. Elatrous (souheilatrous@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

L'exacerbation aiguë de BPCO représente une cause fréquente d'admission en réanimation pouvant se compliquer d'une insuffisance respiratoire hypercapnique nécessitant une ventilation non invasive (VNI). Si son efficacité est reconnue, l'influence du délai d'instauration de la VNI sur le pronostic reste méconnue.

évaluer si un délai court entre l'arrivée en réanimation et le début de la VNI est associé à une réduction de la mortalité intra-hospitalière chez les patients admis pour exacerbation aiguë grave de BPCO.

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective monocentrique et analytique menée au sein du service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia, entre 2023 et 2025. Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 18 ans présentant une BPCO documentée et admis pour une exacerbation aiguë sévère compliquée d'acidose respiratoire, ayant nécessité la mise en place d'une VNI. Les données recueillies comprenaient : les caractéristiques démographiques, les comorbidités, les paramètres cliniques et biologiques ainsi que l'évolution intra-hospitalière. Deux groupes ont été constitués selon le délai d'instauration de la VNI : ≤ 2 heures et >2 heures après l'admission.

Durant l'étude, 50 patients d'âge médian $69 \pm 7,1$ ans, majoritairement masculins (98%), ont été inclus, dont 12% appareillés par une VNI à domicile. La principale cause de décompensation était une trachéobronchite (80%). Le délai médian d'instauration de la VNI était d'une heure [IQR 1–2], avec une durée médiane totale de 57 heures [IQR 42,75–74,5]. À l'admission, le pH moyen était de $7,31 \pm 0,08$ et la PaCO_2 de 69 ± 16 mmHg . Après VNI, le pH atteignait $7,34 \pm 0,06$ et la PaCO_2 65 ± 16 mmHg, traduisant une amélioration gazométrique avec une diminution médiane de PaCO_2 de 10,4% [IQR 4,7–19,5] et une augmentation du pH de $+0,03$ [IQR 0,01–0,05]. On a noté une amélioration clinique entre J1 et J3 chez 78%. Le recours à l'intubation concernait 8% des patients. La durée moyenne de séjour intra-hospitalier était de $10,6 \pm 5,5$ jours. La mortalité intra-hospitalière était de 8%. À J28, la réhospitalisation était de 8%. En comparant les groupes délai ≤ 2 h (n = 35) et > 2 h (n = 15), les données démographiques étaient comparables. Le pH à l'admission était plus bas dans le groupe ≤ 2 h ($7,29 \pm 0,07$ vs $7,35 \pm 0,09$, $p = 0,002$), PaCO_2 et HCO_3^- similaires. Après VNI, l'augmentation du pH était plus marquée ($+0,04$ vs $+0,02$, $p = 0,002$). La durée de VNI, de séjour, l'amélioration clinique, l'intubation, la mortalité et la réhospitalisation ne différaient pas

Cette étude confirme l'efficacité de la VNI instaurée précocement chez patients BPCO en exacerbation, en améliorant le pH précocement, sans influencer la durée de séjour, les taux d'intubation ou la mortalité. Une étude incluant un effectif plus important peut confirmer ces résultats

P163 LE RATIO PLAQUETTES/LYMPHOCYTES PEUT- IL PREDIRE LE PRONOSTIC DANS LES PNEUMOPATHIES HYPOXIMIANTES ?

Auteurs :

A.Belhadj Hmida* (abdelkader.belhadj900@gmail.com): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .
M.Bachrouch (maissa_bachrouch@yahoo.fr): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .

F.Trabelsi (feriel.lhs@gmail.com): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .

F.Labiadh (faroukfarouk0808@gmail.com): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .

W.Ben Hmida (Wifeksbh@gmail.com): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .

S.Mahfoudhi (sami1mahfoudhi@hotmail.fr): urgence Mouhamed Taher Mamouri Nabeul .

Les pneumopathies aiguës communautaires (PAC) représentent une cause de décès importante. Le score FINE est un moyen pour évaluer sa gravité en tenant compte de plusieurs paramètres cliniques. Il comporte cinq classes .

Évaluer la valeur pronostique du ratio plaquettes/lymphocytes sanguins (RPL) au cours des PAC en le corrélant avec les différentes classes du score FINE.

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tout les patients hospitalisés pour PAC hypoximante entre Mars 2025 septembre 2025 . La numération formule sanguine à l'admission a été utilisée pour calculer le RPL. Selon le score de FINE ,5 groupes ont été individualisés : Gp1 : score < 50 – Gp2 : score 51–70 – Gp3 : score 71–90 – Gp4 : score 91–130, Gp5 :score> 130 .

Un total de 45 patients a été inclus, sexe-ratioH/F=1,2 . Les patients ont été répartis selon le score de FINE comme suit : Gp 2 : 4 patients (9,1%), Gp 3 : 5 patients (11,4 %) Gp 4 : 19 patients (43,2 %) et Gp 5 : 16 patients (36,4 %) . Aucun patient n'appartient au groupe 1. . L'âge moyen était significativement plus élevé dans le groupe 5 : 78 ans +13 (p = 0,007). La moyenne du RPL était de 391 ± 400. Ce biomarqueur était significativement plus élevé chez les patients de G3 (p = 0,049). Le score FINE était positivement corrélé au RPL (p=0,007).

Le RPL est un marqueur biologique facile à calculer qui peut aider à prédire le pronostic des patients atteints d'une pneumopathie hypoximante .

P 164 Utilisation des systèmes clos d'aspiration en milieu de réanimation : Observation des pratiques professionnelles

Auteurs :

NADIA AMARA (amaranadia463@gmail.com): Réanimation Mohamed Taher Maamouri Nabeul .

Dr.Becem Trabelsi (trabelsi.becem@gmail.com): Réanimation Mohamed Taher Maamouri Nabeul .

L'aspiration trachéale est un geste courant en milieu de réanimation chez les patients intubés ventilés. L'utilisation du système clos pour l'aspiration bronchique permettrait de réduire les risques infectieux et de protéger le personnel soignant tout en maintenant la ventilation invasive chez ces patients.

Observer et analyser les pratiques du personnel soignant quant à l'utilisation des systèmes d'aspiration clos dans notre service de réanimation, afin d'identifier d'éventuelles non-conformités aux recommandations.

Il s'agissait d'une étude observationnelle réalisée dans notre service de réanimation médico-chirurgicale de 13 lits sur une période d'une semaine. Les pratiques des infirmiers ont été observées de manière non intrusive lors des aspirations trachéales chez les patients intubés ventilés. Les critères observés

incluaient : le rinçage du système clos après l'aspiration, l'étiquetage, le changement périodique, le maintien de la stérilité du système clos.

Nous avons observé 2 patients qui ont bénéficié d'une aspiration bronchique via un système clos d'aspiration. L'âge moyen était de 43 ans avec un sex ratio de 3/1. Le motif d'admission principal était le traumatisme crânien grave. Nous avons identifié des non conformités chez les 20 patients observés. Quinze patients n'ont pas bénéficié d'un rinçage adéquat entre les aspirations. L'étiquetage de systèmes n'a pas été respecté chez 8 patients. Le changement périodique (tous les 3 jours) n'a pas été respecté chez 7 patients. L'ouverture de systèmes clos d'aspiration a été constatée chez 15 patients.

Cette observation met en lumière une variabilité des pratiques dans l'utilisation des systèmes clos d'aspiration. Des actions ciblées de formation et de sensibilisation sont nécessaires pour optimiser l'utilisation de ces dispositifs et renforcer la sécurité des soins.



P 165 Évaluation psychologique du sevrage ventilatoire par mode ZEEP ou pièce en T chez les patients en réanimation

Auteurs :

Rania Hidri (rannouch.hidri6@gmail.com): réanimation médicale hopital Sahloul .

Hajer Zouari (hajerzouari6@gmail.com): réanimation médicale hopital Sahloul .

Rafla Ben Dabebiss (rafla_bendabebiss@hotmail.com): réanimation médicale hopital Sahloul .

Samar Achouri (samarachouri@outlook.fr): réanimation médicale hopital Sahloul .

Dhouha Belgacem (dhouhabelgacem@gmail.com): réanimation médicale hopital sahloul .

Mariem Saadaoui (saadaoui.mariem97@gmail.com): réanimation médicale hopital sahloul .

Salma Chouchene (zamitisalma92@yahoo.com): réanimation médicale hopital sahloul .

Mohamed Salem Kraoua (medsalemkraoua@gmail.com): réanimation médicale hopital sahloul .

Houssem Hmouda (houcem_hmouda@yahoo.com): réanimation médicale hopital sahloul .

Le sevrage de la ventilation mécanique constitue une étape cruciale en réanimation, dépendant de facteurs à la fois physiologiques et psychologiques. Parmi ces derniers, l'anxiété peut compromettre le succès du sevrage, bien qu'elle soit rarement évaluée de manière systématique.

Évaluer la tolérance clinique et psychologique de deux méthodes de sevrage ventilatoire, le mode ZEEP et la ventilation spontanée sur pièce en T.

Étude observationnelle prospective réalisée au service de réanimation médicale sur un total de 5 patients ventilés mécaniquement (intubés ou trachéotomisés). En raison du nombre restreint de malades, les patients ont été inclus plusieurs fois lors d'épisodes distincts de sevrage. Deux méthodes ont été utilisées : le mode ZEEP et la ventilation spontanée sur pièce en T. L'anxiété a été évaluée à l'aide des échelles STAI (état) et de l'échelle d'anxiété des visages (FAS).

Au total, l'échantillon comprenait 5 patients exposés alternativement aux deux méthodes de sevrage ventilatoire. L'âge moyen était de $58,4 \pm 23,7$ ans, avec une majorité d'hommes (3/5). Deux patients présentaient une trachéotomie et un autre était obèse. Les principales comorbidités incluaient le diabète (2patients), l'hypertension artérielle (3 patients), la dyslipidémie (1 seul), les antécédents d'AVC (1 seul), d'insuffisance cardiaque (1seul) et de BPCO (1seul). Les motifs d'admission étaient variés : état de choc septique, endocardite avec AVC hémorragique, insuffisance respiratoire aiguë hypercapnique et pneumopathie hypoxémiantre. Le sevrage ventilatoire était jugé facile chez un patient, difficile chez deux, et prolongé chez les deux autres. L'analyse psychologique montrait un score STAI état significativement plus élevé sous ZEEP (41,2) que sous pièce en T (35,6 ; $p = 0,036$), ainsi qu'un score d'anxiété faciale plus élevé (2,38 vs 1,71 ; $p = 0,002$). Les patients se déclaraient plus joyeux, satisfaits et détendus, et moins anxieux et moins ennuyés avec la pièce en T ($p < 0,05$ pour tous les paramètres émotionnels évalués). Cliniquement, la pièce en T était associée à une fréquence respiratoire (27 vs 23 ; $p < 0,001$) et une fréquence cardiaque (98 vs 89 ; $p = 0,009$) plus élevées, ainsi qu'à des signes de lutte plus marqués ($p = 0,005$). Ces données suggèrent que la pièce en T, bien qu'associée à un effort

respiratoire accru, est perçue plus favorablement par les patients sur le plan émotionnel, traduisant une meilleure tolérance psychologique de cette méthode de sevrage.

La méthode pièce en T, malgré une réponse physiologique plus marquée, offre une meilleure tolérance psychologique que la méthode ZEEP, avec moins d'anxiété et plus d'émotions positives, suggérant son intérêt potentiel dans le sevrage ventilatoire des patients conscients.

P 166 LES FACTEURS PRÉDICTIFS D'ÉCHEC DE VENTILATION NON INVASIVE AU COURS DE PNEUMONIE AIGUE COMMUNAUTAIRE.

Auteurs :

I.SDIRI* (sdiri.ynes@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
I.KLAI (klaiimen@outlook.fr): Réanimation médicale habib thameur .
A.SDIRI (arige.sdiri.pro@gmail.com): urgences Habib Thameur habib thameur .
K.AKKERI (khouloudjapon@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
A.SMIRI (ahmed.smiri950@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
Y.GARBA (yesminegarbaa@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
I.SEDGHIANI (sedghiani.ines@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
N.BORSALI-FALFOUL (nebiha.borsali@rns.tn): Réanimation médicale habib thameur .

La pneumonie aigue communautaire grave (PAC) constitue un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation avec un taux de mortalité crucial. La ventilation mécanique non invasive (VNI) représente un support ventilatoire principal. Le recours à une ventilation mécanique invasive représente un tournant concernant le pronostic de cette entité.

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques et de rechercher des facteurs prédictifs d'échec de la VNI.

Nous avons conduit une étude descriptive, rétrospective, monocentrique menée dans le service des soins intensifs, sur une période de deux ans (2023-2024). Nous avons inclus les patients admis pour PAC dans sa forme critique et hospitalisés pendant plus de 48 heures avec un âge supérieur à 18. Le critère de jugement principal était le recours à la VMI.

Durant la période d'étude 145 patients ont été inclus avec un âge moyen de $66,2 \pm 16,5$ ans et un genre-ratio (H/F) de 1,3. Les comorbidités les plus fréquentes ont été le diabète (54%), HTA (56%) et l'insuffisance respiratoire chronique (13,3%). Le recours à la VNI a été noté chez 60% et le recours à la VMI a été noté dans 20% des cas. Le développement d'un état de choc a été noté chez 20,8% et un SDRA dans 15,3%. Le taux de mortalité était noté chez 38,5%. Les facteurs dépendants d'échec de la VNI étaient l'âge supérieur à 62 ans ($p < 10^{-3}$), l'hypoxie ($p < 10^{-3}$), la présence des signes de lutte ($p < 10^{-3}$), la présence d'un état de choc ($< 10^{-3}$), un taux de ASAT élevée ($p = 0,019$), un taux de LDH élevé ($p = 0,02$), une hyperlactatémie ($p = 0,015$) et un syndrome détresse respiratoire aigu (SDRA) ($p < 10^{-3}$). En analyse multivarié, les facteurs indépendants à l'échec de la VNI étaient la présence d'un SDRA ($p < 10^{-3}$, OR=4,9 IC [2,3 – 34,2]) et un âge supérieur à 66 ans ($p < 10^{-3}$, OR=2,6 IC [1,2 – 25]).

Au terme de notre étude, nous avons pu identifier les facteurs prédictifs d'échec de la VNI. Ceci permettrait de faire le tri des patients et d'assurer une meilleure prise en charge.

P 167 EARLY VERSUS LATE TRACHEOSTOMY IN ICU PATIENTS: IMPACT ON WEANING AND CLINICAL OUTCOMES

Auteurs :

D.Ben Braiek1 (bbraiek.dhouha@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
S.Bel Haj Youssef1 (sourourbelhajyoussef1@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
I.Abaidi1* (ichrakabaidi99@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
Z.Mahjoubi1 (zainebslaheddine@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
H.Zoragti1 (zorgati.hend@yahoo.fr): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
H.Sfar1 (dr.sfar.haifa@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
I.Kharrat2 (imenkharratslah@gmail.com): 2: Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
A.Kacem2 (kacem.amani@gmail.com): 2: Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
R.Ben Jazia2 (rahmarr757@yahoo.fr): 2: Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
J.Ayachi1 (ayachijhen@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .

Tracheostomy is frequently required in intensive care unit (ICU), it facilitates airway management in patients with prolonged mechanical ventilation. However, the optimal timing, whether early or late, remains controversial, as it may influence weaning, complications, and overall ICU mortality.

To compare early and late tracheostomy in critically ill patients and assess their impact on mortality, duration of mechanical ventilation, and ICU outcomes.

A prospective observational cohort study was conducted in a 9-bed medical ICU including patients who underwent surgical tracheostomy for prolonged mechanical ventilation due to persistent coma or difficulty of weaning between January 2021 and September 2025. Early tracheostomy was defined as performed within 10 days of intubation, and late tracheostomy after 10 days. Demographic, clinical, and outcome data were collected. Primary endpoint was ICU mortality; secondary endpoints included duration of mechanical ventilation, complications and ICU length of stay (LOS). Comparisons between groups were performed using univariate and multivariate logistic regression analysis. A p-value <0.05 was considered statistically significant.

A total of 69 patients were included with median age of 53 ± 14.6 years; 47(68%) were male. The most frequent comorbidities were diabetes 22(31.9%), hypertension 20(29%) and chronic pulmonary disease 18(26.1%). Mean IGSII and APACHE II scores were respectively 42 ± 17 and 18 ± 7 . Bedside surgical technique was performed in 60(87%). The most common indication for tracheostomy was respiratory failure, 50(72.5%) patients. The median duration of mechanical ventilation before tracheostomy was 13[9-16] days. Early tracheostomy was performed in 24(34.8%) patients. In univariate analysis, compared with the late group, patients in the early group had a significantly shorter duration of mechanical ventilation (25[19.5-32] vs 19[11.3-22.8] days, $p < 0.001$) and shorter ICU stay (26[19.5-32] vs 18[11.5-24.8], $p = 0.003$). ICU mortality was also lower in the early tracheostomy group (21(46.7%) vs 5(20.8%), $p = 0.035$). No significant differences were observed in tracheostomy-related complications between groups. SOFA score at the time of tracheostomy was similar in the two groups. Home ventilation at discharge and gastrostomy tube occurred in respectively 7(29.2%) and 5(26.3%) of early tracheostomy patients, without statistically significant difference between groups. On multivariable logistic regression, early tracheostomy was an independent protector factor, it was associated with the decrease of ICU mortality (OR, 0.89; 95% CI, [0.82-0.96]; $p = 0.004$), and decreased duration of mechanical ventilation (OR, 0.2; 95% CI, [0.08-0.99]; $p = 0.048$).

Early tracheostomy is independently associated with reduced ICU mortality, and shorter ventilation duration, supporting its consideration in selected critically ill patients. Performing the procedure within 10 days of intubation may enhance recovery and optimize outcomes in critically ill patients.

P 168 DOES THE SOFA SCORE AT THE TIME OF TRACHEOSTOMY PREDICT ICU MORTALITY?

Auteurs :

D.Ben Braiek1 (bbraiek.dhouha@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
S.Bel Haj Youssef1 (sourourbelhajyoussef1@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
Z.Mahjoubi1* (zainebslaheddine@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
I.Abaidi1 (ichrakabaidi99@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
H.Sfar1 (dr.sfar.haifa@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
H.Zorgati1 (zorgati.hend@yahoo.fr): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
I.Kharrat2 (imenkharratslah@gmail.com): 2: Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
A.Kacem2 (kacem.amani@gmail.com): 2: Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
R.Ben Jazia2 (rahmarr757@yahoo.fr): 2: Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .
J.Ayachi1 (ayachijhen@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit bn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia .

Tracheostomy is frequently performed in critically ill patients requiring prolonged mechanical ventilation. Identifying reliable predictors of outcome is crucial. The Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score at the time of tracheostomy may help estimate mortality risk.

To identify predictors of intensive care unit (ICU) mortality in tracheostomized patients and assess the prognostic value of the SOFA score at the time of tracheostomy.

We conducted a prospective observational study in a 9-bed medical ICU including patients who underwent surgical tracheostomy for prolonged mechanical ventilation due to persistent coma or difficulty of weaning between January 2021 and September 2025. Demographic, clinical, paraclinical and outcome data were collected. SOFA score was recorded on the day of tracheostomy. Patients were divided into two groups: survivors and non-survivors. The primary endpoint was ICU mortality. Receiver operating characteristic (ROC) curve was used to determine cut-off, and area under the curve (AUC). Multivariable logistic regression was used to assess the independent factors associated with ICU mortality.

A total of 69 tracheostomized ICU patients were included. The median age was 53 ± 14.6 years, and 47(68%) were male. The most common comorbidities were diabetes 22(31.9%), hypertension 20(29%) and chronic pulmonary disease 18(26.1%). Mean IGSII and APACHE II scores were 42 ± 17 and 18 ± 7 respectively. The median duration of mechanical ventilation before tracheostomy was 13[9-16] days. Bedside surgical technique was performed in 60(87%). Post-operative complications occurred in five patients: barotrauma (n=2), tracheal stenosis (n=1) and local infection (n=2). Tracheostomy tube was removed in 11(15.9%) patients during ICU stay. At discharge 12(17.4%) patients required home ventilation. Gastrostomy tube was performed in 8(11.6%) patients. Median ICU length of stay (LOS) was 23[17-31] days, and overall ICU mortality was 26(37.7%). The median SOFA score on the day of tracheostomy was 4[2-7]. In univariate analysis, the delay from symptom onset to ICU admission (2[1-3] vs 4[2-6]; p=0.007), SOFA score at the time of tracheostomy (2[1-4] vs 6[3-10]; p=10-3) and pH prior to

tracheostomy (7.42[7.39-7.46] vs 7.40[7.33-7.42]; p=0.007) were significantly associated with ICU mortality. In multivariate analysis, SOFA score at the time of tracheostomy was independently associated with ICU mortality (OR, 1.45; 95% CI, [1.1-1.9]; p = 0.007). ROC analysis showed an AUC of 0.82 (95% CI 0.69–0.96) for SOFA score predicting ICU mortality, with an optimal cut-off value of 5 points yielding 71% sensitivity and 80% specificity.

An elevated SOFA score at the time of tracheostomy independently correlates with mortality in intensive care unit. Its routine assessment may facilitate early identification of high-risk patients and guide ICU management to improve outcomes.

P 169 Le monoxyde d'azote inhalé pour le traitement du syndrome de détresse respiratoire aigüe : étude épidémiologique et évolutive

Auteurs :

Y.Mezrani* (mezraniyosr1998@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie .

S.Sellaouti (sellautiselim@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie .

N.Ben Mrad (nacefbenmrad@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie .

F.Jarraya (fatma.jarraya8@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie .

M.Bhiri (mohsna.bhiri@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie .

E.Rachdi (emna.rachdi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie .

A.Jamoussi (amira.jamoussi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie .

S.Ayed (samia.ayed@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie .

J.Ben Khelil (jalila.benkhelil@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami .

Le monoxyde d'azote inhalé (NOi) fait partie de l'arsenal thérapeutique du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère par son action vasodilatatrice pulmonaire. L'impact de son utilisation reste cependant controversé.

Etudier le profil épidémiologique et évolutif des patients admis pour SDRA et ayant nécessité le recours au NOi.

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective menée au service de réanimation de l'hôpital Abderrahmen Mami sur une durée de 5 ans entre janvier 2021 et décembre 2025. Ont été inclus les patients présentant un SDRA et ayant nécessité la mise sous NOi. Les données socio-démographiques, paracliniques et évolutives des patients ont été recueillies.

Soixante-huit patients ont été inclus dans l'étude. L'âge médian était de 57[53-66] ans avec un sex-ratio de 1,6. Les principales comorbidités étaient l'hypertension artérielle (36%), l'obésité (32%), le diabète (29%), la cardiopathie ischémique (23,5 %), le tabagisme (13,2 %), l'asthme (7%), le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (7%). À l'admission, 49 (72 %) patients présentaient un SDRA sévère, 17 (25%) patients présentaient un SDRA modéré et 2 (2 %) patients un SDRA léger. Chez 47 (69%) patients, le SDRA était dû à une infection par le SARS-CoV-2. Le rapport gazométrique médian était de 67 [58-81] mm Hg avant l'introduction du NO et de 72 [59-85] mm Hg après l'introduction du NO. La durée médiane d'utilisation du NOi était de 3 [2-6] jours. Au cours de leurs hospitalisation, trente-deux (47%) patients ont présenté une insuffisance rénale aigüe, 37 (54%) ont présenté une acidose métabolique. Cinquante-sept (83%) patients ont présenté un état de choc septique, 40 (58%) ont présenté une pneumopathie associée à la ventilation mécanique, 15 (22%) ont présenté une infection associée aux soins et 7 (10%) ont présenté une infection liée aux cathéters. Treize (19%)

patients ont présenté une thrombose veineuse profonde dont 7 (10%) une embolie pulmonaire. Quatorze (20%) patients ont présenté des escarres. La durée de séjour médiane était de 13 [8-18] jours. Soixante (88%) patients sont décédés. Les principales causes de décès étaient l'hypoxie réfractaire survenue chez 38 (59%) patients, le syndrome de défaillance multiviscérale chez 22 (34%) patients et le choc réfractaire survenu chez 17(26%) patients.

Les patients qui ont présenté un SDRA avec recours au NOi se caractérisent par une évolution émaillée de complications sévères ainsi que d'une mortalité élevée.

P 170 EXACERBATION AIGUE DE BPCO : QUELLE VARIATION SAISONNIERE ?

Auteurs :

I.KLAI* (Klaiimen@outlook.fr): Réanimation médicale habib thameur .
I.SDIRI (sdiri.ynes@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
Y.GARBA (yesminegarbaa@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
H.GALAI (hounaidagalai@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
A.HMAIDI (hmaidiamira.96@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
I.SLAMA (ines.slama2@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
K.AKKERI (khouloudjapon@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
H.TOUJ (hagertouj@gmail.com): urgences Habib Thameur habib thameur .
I.SEDGHIANI (sedghiani.ines@gmail.com): reanimation médicale habib thameur .

Les exacerbations aiguës broncho-pneumopathie chronique obstructive (EABPCO) constituent des événements clés dans l'évolution de la maladie, responsables d'une aggravation du déclin fonctionnel, d'une augmentation des hospitalisations et d'une surmortalité. Une influence saisonnière sur la fréquence et la sévérité de ces exacerbations, en lien avec les variations climatiques, la prévalence des infections virales respiratoires et les changements environnementaux ont été retrouvés.

Décrire les différences épidémiologiques cliniques, paracliniques et évolutives des exacerbations de la BCPO en fonction de la saison.

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans un service de réanimation médicale sur deux saisons : hivernale (Décembre 2024 – janvier et février 2025) et estivale (Juin-Juillet et aout 2025). Nous avons comparé les caractéristiques cliniques paracliniques et évolutives des deux groupes.

Nous avons inclus 39 patients dont 17 ont présenté une exacerbation de BPCO (EBPCO) estivale et 22 hivernale. Nous avons comparé deux groupes en se basant sur les paramètres cliniques et biologiques (tableau 1). Nous avons noté une prédominance de la symptomatologie obstructive avec plus de forme spastique durant la vague hivernale et une différence quant aux germes responsables de surinfection entre la saison estivale et hivernale (Tableau 1).

La saison hivernale demeure la plus à risque d'exacerbations de BPCO. Cette variation impose des mesures préventives saisonnières : vaccination avant l'hiver et protection contre la chaleur en été.

P 171 Bronchopneumopathie obstructive chronique: facteurs associés aux recours fréquents aux urgences

Auteurs :

Hager Touj (hagertouj@gmail.com): urgences-Réanimation Habib Thameur de Tunis .
T. Chaima (chaimatlijani@yahoo.fr): urgences-réanimation Habib Thameur de Tunis .
I. Bourhil (imenbourhil@gmail.com): urgences-réanimation Habib Thameur de Tunis .
O. Ben jbara (oussemabenjbara@gmail.com): urgences-réanimation Habib Thameur de Tunis .
B.Bahri (badrabahri@gmail.com): urgences-réanimation Habib Thameur de Tunis .

YZ. Hechmi (youssefziedhechmi@gmail.com): urgences-réanimation Habib Thameur de Tunis .

I.Sedghiani (ines.sedghiani@fmt.utm.tn): urgences-réanimation Habib Thameur de Tunis .

N. Borsali Falfoul (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): urgences-réanimation Habib Thameur de Tunis .

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire progressive et invalidante. Elle représente actuellement la troisième cause de mortalité dans le monde. Son fardeau économique et social est considérable en raison des hospitalisations et des recours fréquents aux urgences.

Identifier les facteurs cliniques, socio-démographiques, comportementaux et thérapeutiques associés aux recours fréquents à la consultation aux urgences des patients atteints de BPCO.

Étude descriptive prospective, nous avons inclus les patients BPCO ayant consulté les urgences 3 fois ou plus durant l'année 2025 pour dyspnée. Le patient doit être déjà diagnostiqué et suivi pour BPCO. Un consentement écrit a été obtenu après de chaque patient. Les données étaient enregistrées de façon anonyme et analysées par le logiciel SPSS.

Nous avons inclus 260 patients. L'âge moyen était de 68 ± 11 ans. Le sex-ratio était de 2,4. Soixante-cinq pour cent des patients étaient analphabètes, 42 % ne travaillaient pas. Le niveau économique était faible à moyen dans 97,3%. Les comorbidités les plus fréquentes associées à la BPCO étaient N (%) : l'HTA chez 125 patients (48), le diabète : 55 patients (21.2), la coronaropathie :50 (19.2%), la dyslipidémie :26 patients (10) et l'insuffisance cardiaque chronique chez 20 patients (7.7%). Plus que trois quarts des patients étaient tabagiques, 31.2% obèses, 81.9% présentaient un terrain atopique et 25.8% avaient une profession à risque. Soixante patients (22.7%) avaient un suivi régulier. Deux cent-vingt-trois patients (85.8%) avaient une mauvaise observance de leur traitement. Trente-quatre pour cent des patients ont consulté les urgences pour dyspnée au cours de l'année. Les diagnostics étiologiques les plus fréquents étaient : la bronchite dans 25.8% des cas, la pneumopathie dans 20.4% des cas, une poussée d'insuffisance cardiaque aigue dans 3.5% des cas. Concernant l'orientation : un retour à domicile était indiqué chez 85% des patients, une hospitalisation en milieu médical dans 13.8% des cas et en milieu de réanimation dans 1.2% des cas. Les facteurs associés au recours fréquent aux urgences étaient : un âge >70 ans ($p=0,02$), l'analphabétisme ($p=0,03$), le faible niveau économique ($p=0,05$), l'antécédent de fibrillation atriale ($p=0,04$), l'absence de suivi régulier ($p<0,01$) ou le suivi au dispensaire ($p=0,02$) et l'absence de vaccination antigrippale ($p=0,037$).

Une identification des facteurs associés au recours fréquent des patients BPCO permettra une meilleure prise en charge

P 172 INCIDENCE ET IMPACT DES HYponatremies LORS DES EXACERBATIONS SEVERES DES BPCO :

Auteurs :

S.Mougou (sarra97@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia .

N.Hajer (nouirahajer@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia .

E.Zinelabidine (eyazine@yahoo.fr): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia .

N.Mizouri (Nadamizouri27@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia .

T.Nefzaoui (Taysir.nefzaoui@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia .

k.Rahma (rahmakaroui97@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia .

M.Fekih Hassen (mohamed.fekihhassen1@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia .

O.Jaoued (Oussamajaoued@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia .

S.Elatrous (souheilatrous@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia .

Les exacerbations aiguës sévères de BPCO (ESBPCO) entraînent une morbidité élevée en réanimation. L'hyponatrémie, complication métabolique fréquente mais souvent sous-estimée, y contribue significativement en aggravant le pronostic clinique et en compliquant la prise en charge thérapeutique des patients atteints.

Déterminer l'incidence et l'impact de l'hyponatrémie sur le devenir des patients admis en réanimation pour ESBPCO

Il s'agissait d'une étude rétrospective étalée sur 3 ans. Nous avons inclus tous les patients admis en réanimation pour ESBPCO nécessitant le recours à la VNI et ayant un dosage de la natrémie durant les premières 24 heures. Les patients avec hypernatrémie étaient exclus. Deux groupes étaient individualisés : groupe hyponatrémie et groupe natrémie normale. Les paramètres recueillis étaient les caractéristiques démographiques, le score de gravité SAPSII, durée de la VNI, l'échec de la VNI, la durée du séjour en réanimation et le décès.

Durant la période de l'étude 162 patients d'âge moyen 60 ± 15 ans et de SAPSII moyen de 25 ± 8 ont été inclus. Les patients avaient une BPCO GOLD E dans 64% des cas. La cause la plus fréquente de décompensation de BPCO était la trachéobronchite (79% des patients). Le pH médian était de 7,31 [7,28-7,36]. Le taux d'échec de la VNI était de 21% ; la durée de séjour médiane en réanimation était de 8j (6-9j) et la mortalité était de 10%. La natrémie médiane était de 136 [132-137] mmol/l. L'incidence de l'hyponatrémie était de 21%. Les causes les plus fréquentes de l'hyponatrémie étaient une sécrétion inappropriée de l'ADH dans 62% des cas et la déplétion dans 30% des cas. Un seul cas d'insuffisance surrénalienne rattachée à une corticothérapie prolongée a été retrouvé. En analyse univariée, les deux groupes étaient comparables concernant les comorbidités et le score SAPSII. L'échec de la VNI était de 24% dans le groupe hyponatrémie contre 20% dans l'autre groupe, $p=0.03$. La durée de VNI était plus prolongée dans le groupe hyponatrémie : 4 ± 2 jours contre 6 ± 2 jours, $p=0.03$. La mortalité était comparable entre les deux groupes (10% dans le groupe hyponatrémie vs 8%, $p=0.8$).

Dans cette étude la durée de la ventilation non invasive était plus prolongée lors des ESBPCO avec hyponatrémie. Cette dernière avait une incidence de 21% et dont la cause la plus fréquente était une SIADH.

P 173 L'Œdème aigu du poumon en milieu de réanimation : étude descriptive

Auteurs :

W.Homrani (homraniwafa@gmail.com): service Urgences-Réanimation hopital Habib Thameur .

I.Sdiri (sdiri.ynes@gmail.com): service Urgences-Réanimation hopital Habib Thameur .

A.Sdiri (Arige.sdiri.pro@gmail.com): service Urgences-Réanimation hopital Habib Thameur .

Y.Garbaa (yesminegarbaa@gmail.com): service Urgences-Réanimation hopital Habib Thameur .

I.Zaghoudi (i.zaghoudi@yahoo.fr): service Urgences-Réanimation hopital Habib Thameur .

I.Sedghiani (sedghiani.ines@gmail.com): service Urgences-Réanimation hopital Habib Thameur .

N.Borsali-Falfoul (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): service Urgences-Réanimation hopital Habib Thameur .

L'œdème aigu du poumon (OAP) est un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation. Il engage, via son caractère asphyxique, le pronostic vital à court terme. D'où l'intérêt à une prise en charge rapide, adéquate, multidisciplinaire et bien codifiée.

Décrire le caractère clinique et évolutif des patients admis dans un milieu de réanimation pour une détresse respiratoire secondaire à un OAP.

Il s'agissait d'une étude descriptive monocentrique rétrospective menée sur une période deux ans de mai 2024 à janvier 2025 incluant les patients hospitalisés pour prise en charge d'un OAP.

Nous avons colligé 57 patients. Le sex-ratio était de 33 hommes / 24 femmes, avec une moyenne d'âge de 70 ans [50 – 90 ans]. Une hypertension artérielle est retrouvée chez 40 patients , 33 sont diabétiques, 15 tabagiques actifs, 44 patients ont un antécédent de pathologie cardiovasculaire sévère dont 36 d'origine coronarienne, 18 patients sont porteurs d'une pathologie respiratoire chronique, 8 avaient une IRC dont 1 hémodialysé chronique. La durée de séjour moyenne est de 6.31jours [1 – 31]. L'origine ischémique de l'OAP (scénario clinique 4) est retenue chez 20 patients (6 syndrome coronariens aigus avec sus décalage du segment ST et 14 sans sus- décalage du segment ST). Une angioplastie a été faite pour 3 patients et l'évolution a été marquée par une installation d'une IRA sans recours à l'EER chez 6 patients, une évolution favorable sous diurétiques et ventilation non invasive chez 16 patients avec un recours à la VMI chez 4 patients. Une évolution létale est notée chez 4 patients. Une décompensation d'une insuffisance cardiaque chronique (scénario clinique 2) est notée

chez 7 patients dont 3 avaient présenté une insuffisance rénale aigue sans recours à l'EER avec 2 décès. Un OAP sur pic hypertensif (scénario clinique 1) était la cause la plus fréquente avec 21 patients. 17 évolution favorable sous VNI + diurétique + dérivés nitrés ; 4 DCD (3 attribuables) 5 IRA sans EER 7 avaient un choc cardiogénique associé (scénario clinique 3) dont 6 avaient nécessité d'emblée la VMI, une IRA sans indication à l'EER est observée chez les 7 patient. Une évolution létale est notée chez 6. Une décompensation cardiaque droite (scénario clinique 5) est observée chez un patient avec une évolution favorable sous traitement diurétique Un OAP néphrogéniques est retrouvé chez un patient avec une évolution favorable après séance d'hémodialyse.

L'œdème aigu pulmonaire demeure une urgence respiratoire fréquente et grave en réanimation. Notre étude descriptive met en évidence la diversité des profils cliniques et étiologiques. Une meilleure compréhension des facteurs de mauvais pronostic pourrait contribuer à optimiser la stratégie thérapeutique et améliorer le devenir de ce groupe des patients en réanimation.

P 174 Role of C-Reactive Protein in acute heart failure

Auteurs :

A.Sdiri (Arige.sdiri.pro@gmail.com): service Urgences-Réanimation hopital Habib Thameur .
I.Sdiri (sdiri.ynes@gmail.com): service Urgences-Réanimation hopital Habib Thameur .
K.Akkari (Khouloudjapon@gmail.com): service Urgences-Réanimation hopital Habib Thameur .
Y.Garbaa (yesminegarbaa@gmail.com): service Urgences-Réanimation hopital Habib Thameur .
I.sedghiani (sedghiani.ines@gmail.com): service Urgences-Réanimation hopital Habib Thameur .
N.Borsali-Falfoul (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): service Urgences-Réanimation hopital Habib Thameur .

Inflammation is relevant in the pathogenesis and progression of heart failure. Previous studies have shown that elevated high-sensitivity C-reactive protein (CRP) are associated with greater severity and may be associated with adverse outcomes in acute heart failure (AHF). In this study we sought to evaluate the prognostic role of CRP in patients with AHF

This is a retrospective observational study conducted in the medical ICU of Habib Thamer University Hospital over six months from January 2024 to July 2024. All consecutive patients admitted to ICU for an AHF were included. Baseline demographic, clinical characteristics, ventilatory management details and ICU complications were collected. We analyzed the correlation between CRP at admission and evolutionary outcomes (Intubation, in hospital mortality, ICU length of stay).

During the study period, 88 patients were included, aged of 70 years, with a gender-ratio (M/F) of 1.2. Main comorbidities were cardiovascular diseases 71.6% (n=62), hypertension 64% (n=56) and diabetes 60.3% (n=53). Invasive mechanical ventilation was required in 19.1% of patients. The median of CRP, leukocytes and lymphocytes were 74.6 ± 85 mmol/L, 12536 ± 5574 elt/L and 2122 ± 1876 respectively. The median of $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio was 192 ± 66 . The length of ICU stay was at 7 ± 6 days with an overall mortality at 21.9%. The analysis of curve of ROC showed an association between CRP and the mortality with a cut-off >12 mmol/L, the aire under the curve =0.686, sensibility 80.4%, specificity 80% and $p=0.035$ (Fig 1). We noted the relation between the $\text{CRP} > 12$ and the requirement to the invasive mechanical ventilation ($p=0.02$).

The elevated average of CRP can be associated with mortality from acute heart failure in our study. Further studies are needed to expand on these emerging findings and to fully characterize the differential roles of CRP in this entity of patients.

P 175 ÉTUDE COMPARATIVE : TRAITEMENT PRÉCOCE PAR HBPM À DOSE CURATIVE VERSUS PLASMAPHÈRÈSE DANS LA PANCRÉATITE AIGUË SÉVÈRE EN SOINS INTENSIFS

Auteurs :

Y.AYADI* (Aysse1986@outlook.fr): Réanimation médicale polyvalente CHU Mustapha Alger .
S.ZEDDAM (drzeddam.reamed@gmail.com): Réanimation médicale polyvalente CHU Mustapha Alger .
M.OUALI (oualimourad.reanimation@gmail.com): Réanimation médicale polyvalente CHU Mustapha
Alger . **ABSENT**

ABSENT

P 176 TUMOR LYSIS SYNDROME-LIKE AFTER CORTICOSTEROID THERAPY IN A PATIENT WITHOUT MALIGNANCY

Auteurs :

S. Jerbi (jerbi_salma@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
D. Dlensi (dorsafdlensi89@outlook.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F. Zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
A. Abdellatif* (arijabdelatif6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
A. Guizani (guizani.amel@icloud.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
E. Borni (emna98.borni@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
M. Smaoui (smaoui.mariem5@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
R. Allala (rania.allala@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F. Medhioub (fatma_kaaniche@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

Tumor lysis syndrome (TLS) typically occurs in hematologic malignancies after cytotoxic therapy. Rarely, TLS-like syndromes may occur in non-malignant conditions due to massive cell turnover.

We report the case of a 50-year-old woman with a history of dermohypodermatitis (three prior episodes), admitted for septic shock due to an ongoing fourth episode of dermohypodermatitis, in the setting of suspected autoimmune disease complicated by macrophage activation syndrome. High-dose corticosteroid therapy was initiated. Subsequently, she developed biological features consistent with tumor lysis syndrome, including a marked decline in leukocyte count (from 80,000 to 50,000/mm³ within 12 hours), hyperphosphatemia (2.5 mmol/L), and hyperuricemia (630 µmol/L). Progressive deterioration of renal function was observed, although diuresis remained preserved. Extensive workup, comprising tumor markers, peripheral blood smear, cutaneous biopsy, sternal bone marrow aspiration, and thoraco-abdomino-pelvic CT scan, ruled out malignancy. Management with intravenous hydration, allopurinol, and correction of electrolyte abnormalities led to clinical improvement. At the time of manuscript submission, the patient remains hospitalized.

TLS-like syndrome can occur after corticosteroid therapy even in the absence of malignancy. Clinicians should be vigilant, particularly in patients with marked hyperleukocytosis, and implement early preventive and therapeutic measures.

P 177 MISLEADING BIOMARKER: ELEVATED PROCALCITONIN IN A HEAT STROKE

Auteurs :

S. Jerbi (jerbi_salma@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F. Zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
D. Dlensi (dorsafdlensi89@outlook.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

- A. Guizani* (guizani.amel@icloud.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
A. Abdellatif (arijabdellatif6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
E. Borni (emna98.borni@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
M. Smaoui (smaoui.mariem5@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
R. Allala (rania.allala@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .
F. Medhioub (fatma_kaaniche@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres .

Procalcitonin (PCT) is widely used as a biomarker of bacterial infection and sepsis. However, non-infectious conditions such as cancer, trauma, burns, and heat stroke can also elevate PCT, potentially leading to diagnostic confusion.

We report the case of a 53-year-old female with a history of mental illness and frequent elopement behavior, which compromised her capacity for activities of daily living (ADLs) and autonomous functioning, including maintenance of adequate hydration. She had been outdoors for several days during a period of extreme heat, subsequently developing confusion that progressed to coma, with a peak body temperature of 41 °C. The combination of prolonged environmental heat exposure, impaired self-care, and acute neurological dysfunction supported the clinical diagnosis of classic heat stroke. Laboratory evaluation revealed markedly elevated procalcitonin (PCT) at 24 ng/mL, WBC 7700/µL, CRP 122 mg/L, creatinine 126 mg/L, AST 64 U/L, and ALT 35 U/L. Blood and urine cultures, as well as chest imaging, were negative for infection. She developed multi-organ failure, including acute kidney injury, rhabdomyolysis, and mild liver injury. Management included rapid cooling, intravenous fluids, supportive ICU care, and prophylactic amoxicillin-clavulanate due to aspiration risk. Clinical status gradually improved, with PCT decreasing to 4.92 ng/mL after three days, and she was discharged after two months of hospitalization.

Heat stroke represents a non-infectious condition in which significant PCT elevation may occur, likely mediated by systemic inflammatory and tissue injury pathways. Awareness of this phenomenon is crucial to avoid diagnostic error and unwarranted antimicrobial therapy.

P 178 Prise en charge d'une acidose tubulaire distale sévère en soins intensifs : à propos d'un cas

Auteurs :

- F.Z.Gamara (fatma.gamara@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .
H.BenHssine* (hamzabenhssine@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .
M.Chroufa (melekchoeuqa@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .
A.Ben Massoud (ameni.benmassoud@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arou .
A.Abderrahim (aminabderrahim@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .
N.Kouraichi (nadiakouraich@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .

L'acidose tubulaire distale (ATD) , bien que rare, est une source d'acidose métabolique, et son incidence demeure très faible au sein de la population générale. Les patients ayant un diagnostic précoce suivent un traitement substitutif en électrolytes, qu'ils maintiennent à vie, en fonction de leurs besoins individuels. L'acidose tubulaire rénale de type 1 est une forme d'acidose métabolique hyperchlrorémique qui montre un trou anionique plasmatique (TAP) normal et un trou anionique urinaire (TAU) élevé, indiquant une réaction inappropriée des reins face à l'acidose. C'est un dysfonctionnement du rein au niveau du tubule distal, qui ne parvient pas à éliminer la charge acide, accompagné d'une hypokaliémie étroitement liée à la défaillance de l'excrétion des protons et à un hyperaldostéronisme. Nous rapportons le cas d'une patiente admise en soins intensifs pour acidose métabolique tubulaire distale sévère avec hypokaliémie profonde réfractaire au traitement médical avec détresse hémodynamique et neurologique

l'état neurologique avec acidose et hypokaliémie réfractaire. L'évaluation a révélé une acidose métabolique sévère avec un pH à 7,02, des bicarbonates à 2,9 mmol/L, une PaCO₂ à 10,9 mmHg et une PaO₂ à 125 mmHg avec un TAP normal. Les lactates étaient normaux. Elle a rapidement présenté

une instabilité hémodynamique nécessitant sa mise sous noradrénaline avec dégradation neurologique compliquée d'inhalation, d'où son intubation et transfert en réanimation. Lors de son admission : Elle était subfibrile, sédatée pour un score de RASS à -5, ventilée en VAC. Sur le plan hémodynamique, elle était en état de choc septique sous 1,6 mg/h de noradrénaline, avec une diurèse maintenue et un ECG montrant un rythme régulier. La biologie a confirmé une acidose profonde (pH à 7,22, HCO3- à 5,8 mmol/L). Malgré les apports IV répétés en potassium, la correction de la kaliémie n'a pas pu être réalisée. Aucun signe électrique noté. Néanmoins, cela a entravé l'administration de bicarbonate de sodium. Ceci était réalisé dès la correction de la kaliémie. Le pH étant resté acide à 7,15, un échec du traitement médical était statué. Une séance de dialyse a ainsi été décidée devant le retard de la correction électrolytique et la mise en jeu du pronostic vital. Une infection pouvant décompenser la pathologie a été suspectée devant un syndrome inflammatoire biologique élevé et la notion d'inhalation, et la patiente a d'emblée été mise sous céfotaxime. L'anamnèse approfondie a révélé une mauvaise observance du traitement. L'évolution était marquée par une diminution des besoins en catécholamines suite à la correction de l'acidose par la dialyse. La patiente a été extubée à J6 de sa prise en charge. Les apports en électrolytes étaient poursuivis puis repris aux doses habituelles avec une normalisation du pH et un retour de bicarbonates de base à 18 mmol/L. Elle était sortante à J19 après des séances éducatives.

Ce cas illustre la gravité potentielle d'une décompensation d'acidose tubulaire distale, en particulier chez les patients non observants. Une prise en charge multidisciplinaire rapide permet d'éviter des complications graves. Les acidoses tubulaires distales sont des maladies chroniques dont le pronostic reste bon en cas de bonne adhérence au traitement avec une espérance de vie normale et peu de complications rénales à long terme.

P 179 CETO-ACIDOSES DIABETIQUES EN REANIMATION : ETAT DES LIEUX

Auteurs :

M.chroufa (melekchroufa@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .
F.Z.Gamara (fatma.gamara@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .
A.Abderrahim (aminaabderrahim@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .
M.Sghaier (meleksghaier@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .
N.kouraichi (n.Kouraichi@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous .

La céto-acidose diabétique(CAD) est une complication métabolique grave du diabète. Son incidence est en augmentation ces dernières années, mais sa prévention reste le meilleur traitement .

L'objectif de cette étude a été de décrire les caractéristiques épidémiologiques, clinico-biologiques et pronostiques des patients admis en réanimation pour (CAD) sévère ou modérée.

Etude monocentrique , rétrospective, descriptive dans un service de réanimation médicale d'un hôpital régional du 1er Juillet 2018 au 31 Août 2025 incluant tous les patients admis pour céto-acidose diabétique sévère à modérée . On a classé les CAD modérée à sévère selon les critères de l'American Diabetes Association (ADA) .

Un total de 37 patients a été hospitalisé en réanimation . Les enfants en représentaient 32,43%(n=12). Le sex ratio H/F était de 0.8.L'âge médian était de 37 ans [10-70]. Trente-trois patients étaient connus diabétiques dont 30 (81%)sous insuline. Seulement 4(10,8%) patients avaient déjà un antécédent d'hospitalisation en réanimation , 16 autres étaient hospitalisés en service de médecine auparavant .Parmi les antécédents associés au diabète , on comptait l'hypertension artérielle(6) l'insuffisance rénale (4)et coronaire(4) , les dysthyroidie (2) et autres pathologies auto-immunes .Le facteur décompensant était l'écart de traitement chez 20 patients (55,6%) suivi par les infections pulmonaires chez 19 patients. Dix-neuf patients (51,35%)présentaient à l'admission une acidose sévère. La glycémie moyenne a été de 25,85+/-5,89mmol/L, le pH initial moyen était de 7,07 avec des extrêmes entre 6,76 et 7,3, la valeur de des bicarbonates à l'admission était de HCO3- =7,7+/-3,56 mmol/l , la kaliémie moyenne à l'admission était de 3,2 mmol/l avec des extrêmes entre 2,2mmol/l et 6,6mmol/l .Une hyperlactatémie à l'admission était notée chez 72,98% (n=27)des patients. Une pancréatite biologique était attestée par une hyperlipasémie chez 8 patients (21,6% :Une seule pancréatite clinico-

biologique était confirmée scannographiquement .L'hypophosphorémie dès l'admission était présente chez 10 patients (27,02%). La durée moyenne de l'insuline intraveineuse était de 3,2jour +/- 2,5. Le séjour était compliqué d'infections nosocomiales chez 14patients (37,83%). La médiane de séjour était de cinq jours [3-8,5]. L'issue était majoritairement favorable :Vingt-septpatients ont été transférés à un service médical, cinq patients ont été mis sortants à domicile et six patients sont décédés.

La CAD, complication aiguë et grave du diabète est fréquemment observée et prise en charge en soins intensifs .L'existence de protocoles de prise en charge standardisés permet de diminuer la morbi-mortalité de cette complication .

P 180 HYPOKALIEMIE EN MILIEU DE REANIMATION : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DESCRIPTIVE

Auteurs :

Y.Soussi* (yesminesoussi737@yahoo.com): réanimation médicale Hôpital régional Ben Arous .

F.Gamara (fatma.gamara@gmail.com): réanimation médicale Hôpital régional Ben Arous .

M.Sghaier (sr62malek@gmail.com): réanimation médicale Hôpital régional Ben Arous .

O.Smaoui (smaoui.ons99@gmail.com): réanimation médicale Hôpital régional Ben Arous .

A.Ben Abderrahim (aminabenabderrahim1@gmail.com): réanimation médicale Hôpital régional Ben Arous .

N.Kouraichi (na.kouraichi@gmail.com): réanimation médicale Hôpital régional Ben Arous .

L'hypokaliémie définie par une concentration plasmatique de potassium < 3,5 mmol/L,sévere si inférieure à 2.5mmol/L , est une anomalies ionique assez fréquente en réanimation. Les mécanismes physiopathologiques responsables peuvent être multiples. Ces anomalies peuvent aggraver le pronostic des patients.

L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence de l'hypokaliémie dans une unité de réanimation médicale polyvalente et de décrire les caractéristiques cliniques et biologiques des patients avec hypokaliémies.

Etude rétrospective réalisée sur une période de six mois de Février 2025 à juillet 2025 au service de réanimation médicale polyvalente. Etaient inclus tous les patients ayant présenté une hypokaliémie. On a considéré le premier épisode survenu à partir de 48 heures de leur hospitalisation. Les paramètres étudiés étaient les données biologiques (ionogramme sanguin et urinaire, fonction rénale, magnésémie, gazométrie..), la nutrition, la prise en charge thérapeutique (médicaments) et l'évolution.

Parmi 68 malades admis dans notre service, 35 patients (51%) ont présenté des hypokaliémies après un délai médian de six jours [3;28]. Le sexe ratio Homme/Femme était de 1,69. L'âge moyen était de $63,66 \pm 13,59$ ans [17 ; 88]. Le débit de filtration glomérulaire médian était de 104,46 ml/min [9,91 ; 318,92]. La valeur moyenne du potassium était de $3,28 \pm 0,14$ mmol/l [2,8 ;3,4]. Ces hypokaliémies étaient légères dans 94% des cas (n=33) et modérée dans 6% des cas (n=2). Aucun malade n'a présenté un premier épisode sévère d'hypokaliémie. Pas de signes électriques notés. Une correction rapide a été faite dans 69% (n=24) des cas devant la présence d'un cathéter central. Aucun patient n'avait l'association hypertension artérielle-hypokaliémie .La magnésémie moyenne était de $0,8 \pm 0,14$ mmol/l [0,5 ;1,1]. L'alimentation était entérale dans 59% des cas (n=20).La kaliurèse moyenne était de 36 mmol/l $\pm 12,11$ [20,7 ;65,7] confirmant l'origine rénale chez 11 malades. Le reste des patients étaient en alcalose dans 33% des cas (n=8). Ils étaient sous corticoïdes dans 54% des (n=13), béta-adrénergiques dans 62% des cas (n=15), insuline dans 50% des cas (n=12) et diurétiques dans 17% des cas (n=4). Un seul malade était en acidocétose et un autre avait des vomissements. La supplémentation journalière moyenne chez ces malades était de 4 g [0 ;6.75]. La durée médiane d'hospitalisation des malades inclus était de 25 jours [6;134].L'issue était fatal dans 60% des cas (n=21). Il existait une association significative entre le jour d'apparition de l'hypokaliémie et la survie ($p=0.029$).

L'hypokaliémie en soins intensifs peut être grave et nécessite donc une prise en charge urgente adéquate. De ce fait, la prévention de sa survenue reste primordiale. Une surveillance régulière et une identification de ses causes permet d'éviter ses conséquences.

P 181 HYPOGLYCÉMIE : QUELS FACTEURS PRÉDICTIFS D'AMÉLIORATION NEUROLOGIQUE ?

Auteurs :

Ghada Marzougui* (ghada.marzougui@etudiant-fmt.utm.tn): urgence Habib Bourguiba Sfax .

Elmahjoub Roua (mahjoub.roua99@gmail.com): urgence Habib Bourguiba Sfax .

Affes Housse (housseaffes@gmail.com): SAMU04 SAMU04 .

A.Chaari (Chaariadel@medecinesfax.com): SAMU04 Samu04 .

L'hypoglycémie est une cause fréquente d'altération de la conscience en préhospitalier. Identifier les facteurs cliniques associés à l'amélioration neurologique permet d'optimiser la prise en charge rapide et la survie des patients.

Déterminer les caractéristiques cliniques associées à l'amélioration neurologique chez les patients hypoglycémiques pris en charge en préhospitalier.

Les patients ont été classés selon l'évolution neurologique (amélioration vs absence d'amélioration). Toutes les variables cliniques ont été étudiées selon l'approche ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), avec un focus sur les paramètres respiratoires et neurologiques. Les associations ont été évaluées par Chi² ou test exact de Fisher, avec calcul d'OR et IC95%. Seuls les facteurs significatifs sont rapportés.

Parmi 63 patients hypoglycémiques, 42 (66,7 %) ont présenté une amélioration neurologique , 4 (6,3 %) n'ont pas amélioré, et 17 (27 %) ont eu une évolution stable partielle. L'amélioration était significativement plus fréquente chez les patients sans convulsions (38,1 % vs 12,5 %, OR = 4,2, IC95% 1,1–15,7, p = 0,037), ceux avec auscultation pulmonaire libre (71,4 % vs 29,2 %, OR = 5,9, IC95% 2,1–16,4, p < 0,001). L'âge moyen n'était pas différent entre les groupes (59 ± 21 vs 57 ± 22 ans, p = 0,56). Les patients avec une auscultation pulmonaire libre et sans convulsions avaient la meilleure probabilité d'amélioration neurologique, indépendamment de l'âge ou de la saturation initiale.

Chez les patients hypoglycémiques en préhospitalier, l'amélioration neurologique est favorisée par l'absence de convulsions et un état respiratoire stable. Ces facteurs simples peuvent guider la prise de décision rapide et la priorisation des interventions.

P 182 Syndrome de Gitelman et brûlure : A propos d'un cas

Auteurs :

Amenne Alouini (amenne.alouini@fmt.utm.tn): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Hana Fredj (fredjhanask@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Hamed Limaiem (limaiemhamed@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Mariem Cheikhrouhou (cheikhrouhou.mariem@yahoo.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Amal Aloui (alouiamal.hk@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Souhaila Ben Messoud (sou.benmassoud@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Imen Jemi (imenjami@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Bahija Gasri (bahijagasri2002@gmail.com): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Amel Mokline (amel.mokline@fmt.utm.tn): Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Le syndrome de Gitelman est une tubulopathie héréditaire rare, caractérisée par une perte excessive de sel, de potassium et de magnésium, entraînant hypokaliémie, hypomagnésémie, alcalose métabolique et hypocalciurie. Elle est souvent méconnue et sous-diagnostiquée.

Nous rapportons un cas de syndrome de Gitelman découvert chez un patient victime de brûlures électriques. Il s'agissait d'un homme de 45 ans, victime d'un accident de travail par électrisation de haut voltage, admis en réanimation des brûlés. À l'examen, il était conscient, stable hémodynamiquement, eupnéique, présentant 14 % de brûlures de 2^e degré superficiel et profond intéressant le tronc antérieur et le membre inférieur gauche, avec un point d'entrée à la main droite et un point de sortie à l'épaule gauche. La biologie initiale montrait une hémocoïncidence, une rhabdomolyse sévère (CPK > 20 000), une cytolysé hépatique et une élévation des troponines. L'ECG retrouvait des ondes T aplatis et un bloc de branche droit incomplet, alors que l'échocardiographie était normale. Une hypokaliémie sévère (2,1 mmol/L) persistait dix jours malgré une supplémentation parentérale. Le bilan métabolique révélait une kaliurèse > 30 mmol/L, une hypomagnésémie, une calciurie basse et une alcalose métabolique. Le dosage de rénine et d'aldostéron montrait une réninémie élevée avec une aldostéronémie normale, évoquant un syndrome de Gitelman. Le patient a été supplémenté en potassium et magnésium par voie intraveineuse puis orale, avec normalisation progressive de la kaliémie. À la sortie, il a été adressé en néphrologie où le diagnostic a été confirmé. L'évolution a été favorable avec cicatrisation complète des brûlures et normalisation des enzymes musculaires.

Ce cas illustre l'importance de rechercher le syndrome de Gitelman souvent asymptomatique devant une hypokaliémie sévère et résistante à la supplémentation continue, pouvant être responsable des troubles cardiaques graves.

P 183 Déficit en G6PD chez un brûlé décompensé par la sulfadiazine

Auteurs :

Mariem Cheikhrouhou (cheikhrouhou.mariem@yahoo.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Hana Fredj (fredjhanask@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

amal aloui (alouiamal.hk@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Salma cherif (salmacherif.94@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

amenne alouini (amenne.alouini@fmt.utm.tn): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Souheila Ben Messoud (sou.benmassoud@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

bahija gasri (bahijagasri2002@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Imen Jami (imenjami@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

amen allah messadi (amen933@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Amel Mokline (dr.amelmokline@gmail.com): service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous .

Le déficit en G6PD est une affection prédisposante aux hémolyses intravasculaires. Sa décompensation aigue reste redoutable, nécessitant une vigilance. Nous rapportons le cas d'un patient brûlé présentant une hémolyse aigue suite au recours à la sulfadiazine révélant un déficit en G6PD non rapporté.

Mr BA.F âgé de 30 ans, tabagique, admis dans notre service pour prise en charge de brûlures étendues secondaires à une tentative de suicide. A l'admission, le patient était conscient coopérant, stable sur le plan hémodynamique. Il était eupnéique avec SpO₂ à 99% à l'AA. Il avait des brûlures de 2ème degré profond intéressant les 2 membres inférieurs avec une SCB évaluée à 12% pour lesquelles il a eu un pansement par la sulfadiazine. A la biologie, il avait une hémocoïncréation (Hb=18; Hte=53%), une acidose métabolique et une fonction rénale normale. Le patient a eu un remplissage vasculaire adéquat avec normalisation du bilan au bout de 24h. A J2 d'évolution, il a présenté un ictère cutanéo-muqueux associé à une oligo-anurie. A la biologie, il avait une fonction hépatique normale, une hyperbilirubinémie indirecte avec une insuffisance rénale aigue d'allure organique et une anémie aigue normochrome normocytaire régénérative atteignant 6 g d'hémoglobine avec une haptoglobine effondrée. L'échographie rénale était sans anomalies. A la reprise de l'interrogatoire, le patient a déclaré qu'il est suivi pour un déficit en G6PD depuis le jeune âge. Une décompensation de sa pathologie avec une crise hémolytique aigue suite d'une hypersensibilité par la sulfadiazine a été retenu après un avis pharmacovigilance. Le patient a eu une transfusion avec recours à une séance de dialyse conventionnelle devant l'anurie et des taux élevés de créatinine. L'évolution a été favorable avec normalisation de la fonction rénale et reprise de la diurèse à J 19 de prise en charge.

Chez le brûlé, le recours à la sulfadiazine pour les soins locaux est fréquent. Ce topique, par son potentiel oxydatif, peut causer une hémolyse aiguë sévère chez les sujets G6PD déficients.

P 184 Désordres hydroélectrolytiques après noyade : Expérience d'un service de réanimation

Auteurs :

A.abdellatif * (arijabdellatif6@gmail.com): service de réanimation médicale hopital régional de mahres .
R.allala (allala.riana@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
F.zouari (farah.zouari@medecinesfax.org): service de réanimation hopital régional de mahres .
D.dlensi (dorsafdlensi89@outlook.fr): service de réanimation hopital régional de mahres .
E.borni (emna98.borni@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
A.guizani (guizani.amel@icloud.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
M.smaoui (smaoui.mariem5@gmail.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
S.jerbi (jerbisalma@yahoo.com): service de réanimation hopital régional de mahres .
F.kaaniche (fatma_kaaniche@yahoo.fr): service de réanimation hopital régional de mahres .

La noyade en eau de mer constitue une urgence vitale. Au-delà de l'asphyxie, elle peut provoquer des désordres physiopathologiques complexes, notamment des troubles hydroélectrolytiques, qui peuvent influencer la prise en charge.

étudier une population de patients victimes de noyade en eau de mer afin d'identifier les troubles hydroélectrolytiques chez ces malades et orienter ainsi la prise en charge.

étude rétrospective descriptive et analytique sur une période de 05 ans incluant les patients victimes de noyade admis aux urgences et au service de réanimation médicale dans un hôpital régional.

Durant la période d'étude, nous avons colligé 57 patients admis pour noyade. L'âge moyen de nos patients a été de 26,4 ± 19,1 ans avec une prédominance masculine (sex-ratio de 1,45). L'ionogramme sanguin a été réalisé chez 26 patients à l'admission. La natrémie a été en moyenne de 141,1 ± 4,8 mmol/l avec des extrêmes allant de 131 à 150 mmol/l. Une hypernatrémie (Na⁺ > 145 mmol/l) a été notée chez 6 patients (23,1%). Une hyponatrémie (Na⁺ < 135) a été observée chez 2 patients (7,7%). La kaliémie a été en moyenne de 3,6 ± 0,5 mmol/l avec des extrêmes allant de 2,8 à 4,8 mmol/l. Une hypokaliémie (K⁺ < 3,5) a été observée chez 11 patients (42%). Aucun patient n'a présenté une hyperkaliémie (K⁺ > 5). La chlorémie a été en moyenne de 107,8 ± 5,6 mmol/l avec des extrêmes allant

de 100 à 117 mmol/l. Une hyperchlémie ($\text{Cl} > 105 \text{ mmol/l}$) a été notée chez 14 patients (56 %). Ces troubles ont été éphémères. L'ionogramme réalisé à un intervalle de 17 heures en moyenne chez 15 patients n'a objectivé ni hypernatrémie ni hypokaliémie. Cependant une hyperchlémie persistante a été noté chez 10 patients (66,7%). Nous avons comparé les groupes avec et sans hypernatrémie afin de déterminer les facteurs prédictifs d'apparition d'une hypernatrémie. Une polypnée ($p=0,04$) ; une cyanose (0,01) ; une altération de l'état de conscience ($p=0,03$) ont été significativement plus fréquents dans le groupe hypernatrémie.

L'hypernatrémie et l'hypokaliémie ont été fréquentes après noyade en eau de mer mais transitoires. Cependant, il est capital d'intégrer l'évaluation hydro-éléctrolytique dans la prise en charge initiale des noyades en particulier chez les patients en détresse respiratoire ou neurologique.

P 185 SEPSIS-ASSOCIATED ACUTE KIDNEY INJURY IN ICU : INCIDENCE, RISK FACTORS AND PROGNOSTIC IMPACT

Auteurs :

A.Mehdi (asmaelmahdi245@gmail.com): Service de réanimation médicale CHU La Rabta .
M.Cherif (cherif.meriem97@gmail.com): Service de réanimation médicale CHU La Rabta .
N.Azzouz (noussair.azz@gmail.com): Service de réanimation médicale CHU La Rabta .
H.Mechmeche (hajermechmeche7@gmail.com): Service de réanimation médicale CHU La Rabta .
E.Seghir (eya.seghir.91@gmail.com): Service de réanimation médicale CHU La Rabta .
L.Messaoud (lyndamessaoud1991@gmail.com): Service de réanimation médicale CHU La Rabta .
A.Ouhibi (ouhibasma4@gmail.com): Service de réanimation médicale CHU La Rabta .
A.Trifi (trifiahlem2@gmail.com): Service de réanimation médicale CHU La Rabta .
S.Abdellatif (abdellatifsamy@gmail.com): Service de réanimation médicale CHU La Rabta .

Sepsis and acute kidney injury (AKI) represent two heterogeneous syndromes whose association is not always easy to identify. However, once established, this association is linked to an increased risk of mortality and renal replacement therapy (RRT) dependency.

Our objective was to determine the incidence of sepsis-associated acute kidney injury (SA-AKI), the factors associated with its occurrence, and its prognostic impact.

It was a retrospective cohort analysis conducted over a period of 4 months in a Tunisian ICU. All patients admitted during the study period were included. Patients with End-Stage Kidney Disease were not included. SA-AKI was recently defined according to the consensus report from the 28th Acute Disease Quality Initiative (ADQI) Workgroup as the concurrence of sepsis and AKI occurring within 7 days of sepsis diagnosis. It was categorized as early (within 48 h of sepsis diagnosis) or late (up to 7 days after sepsis diagnosis)

During the study period, 150 patients were admitted to ICU for all reasons. SA-AKI was present in 55% of all sepsis patients and 39,2% % of all adult ICU admissions (figure1). The Incident AKI in relation to sepsis onset was early in most cases (63%). In multivariate analysis, exposure to a nephrotoxic drug within one week preceding or following the sepsis onset ($OR=1.37$; 95% IC [1.08-1.74]), long-term corticosteroid therapy ($OR=1.48$; 95% IC [0.97-2.23]), and baseline glomerular filtration rate $\leq 42 \text{ ml/min}$ were independently associated with SA-AKI among patients with sepsis (Tab). SA-AKI patients also demonstrated worse outcomes than sepsis only patients including a more than threefold increase in mortality at day 28 (47.7% vs 15.5%; $p < 0.001$). Moreover, compared to patients with AKI only, those with SA-AKI exhibited more RRT dependency after one week of AKI onset (43.6% vs 20 %; $p < 0.01$).

SA-AKI based on its contemporary definition is frequent and rather early. Its occurrence is primarily associated with the baseline renal status and is associated with a higher risk of mortality and need for RRT.

P 186 Pancréatite aiguë en réanimation médicale : Étude épidémiо-clinique

Auteurs : **ABSENT**

A. Akrouti (akroutiabir17@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan .
K. Ben Isamil (khaoula.benismail@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan .

N. Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan .

B. Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan .

H. Chaabouni (hamdichaabouni@yahoo.fr): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan .

F. Essafi (fatma.essafi@fmt.utm.tn): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan .

T. Merhbene (takoua.merhabene@fmt.utm.tn): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan .

ABSENT

P 187 Valeur pronostique du score EZ-ALBI chez le polytraumatisé grave à l'admission en réanimation

Auteurs :

rania krichen (raniakrichen17@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Sabrine Bradai (sabrine.brada12@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Jihen Bech Hamba (ji.hene988@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

asma rekik (rekik.asma1@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax .

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

Le polytraumatisme grave constitue une cause majeure de mortalité chez l'adulte jeune et requiert une prise en charge multidisciplinaire en réanimation. La dysfonction hépatique, fréquente dans ce contexte, peut influencer le pronostic vital, notamment à travers les phénomènes d'hypoperfusion, de choc et de réponse inflammatoire systémique. Le score EZ-ALBI est un outil simple et objectif permettant d'évaluer la fonction hépatique. Bien validé dans les maladies chroniques du foie et en oncologie hépatique, son intérêt pronostique chez les patients de réanimation, et particulièrement dans le polytraumatisme, reste peu étudié.

Évaluer l'association entre le score EZ-ALBI à l'admission et la mortalité chez des patients adultes admis en réanimation pour polytraumatisme grave.

Étude prospective incluant 34 patients polytraumatisés graves adultes admis en unité de soins intensifs entre février et septembre 2022. Le score EZ-ALBI a été calculé à l'admission selon la formule suivante ($\text{bilirubine totale [mg/dL]} - 9 \times \text{albumine [g/dL]}$). Les données cliniques, biologiques et évolutives ont été analysées afin d'évaluer la corrélation du score EZ-ALBI avec la mortalité et la morbidité des patients polytraumatisés graves.

Trente-quatre patients ont été inclus. L'âge moyen était de $41,8 \pm 14,6$ ans avec une prédominance masculine (97,1 %). Les accidents de la voie publique constituaient le principal mécanisme de traumatisme (88,2 %). Le score lésionnel moyen (ISS) était de $23,2 \pm 15,2$ et le score de Glasgow médian à l'admission de 7. Cinq patients ont été décédés avec un taux de mortalité de 14,7 %. Le score EZ-ALBI moyen à l'admission était de $-24,98 \pm 4,6$. Aucune différence significative n'a été observée entre survivants et non-survivants ($-24,3 \pm 2,8$ vs $-25,1 \pm 5,0$; $p = 0,72$).

Dans notre étude, le score EZ-ALBI calculé à l'admission n'était pas significativement associé à la mortalité chez les patients polytraumatisés graves. Bien que ce score reflète la fonction hépatique

initiale, son utilité pronostique semble limitée dans le contexte du traumatisme sévère, où la mortalité dépend de multiples facteurs systémiques et de la sévérité lésionnelle. Des études multicentriques incluant un plus grand effectif et intégrant le suivi dynamique du score pourraient mieux préciser la valeur prédictive du EZ-ALBI chez les patients de réanimation post-traumatique.

P 188 Filter Longevity During Citrate-Anticoagulated CVVHDF in Critically Ill Patients with AKI: A Case Series.

Auteurs :

M. Saadaoui (saadaouimariem97@gmail.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.

R. Ben Dabebiss (rafla_bendabebiss@hotmail.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.

H. Zouari (hajerzouari6@gmail.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse .

R.Hidri (rannouch.hidri6@gmail.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse .

S.Chouchene (zamitisalma92@yahoo.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse .

D.Belgacem (dhouhabelgacem@gmail.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse .

M.S.Kraoua (medsalemkraoua@gmail.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse .

H.Hmouda (houssem_hmouda@yahoo.com): Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse .

Acute kidney injury affects 60% of critically ill patients; 5–10% need continuous renal replacement therapy. Filter lifespan impacts treatment success. Regional citrate anticoagulation effectively reduces clotting and bleeding risk, alongside technical, biochemical, and patient factors.

This case series aims to describe factors influencing filter lifespan during continuous veno-venous hemodiafiltration (CVVHDF) with citrate anticoagulation in four critically ill patients with AKI.

Four patients requiring continuous renal replacement therapy were treated with pre-dilution CVVHDF using regional citrate anticoagulation. Filter lifespan, blood and effluent flow rates, filtration fraction, vascular access quality were recorded. Citrate and calcium infusions were adjusted to maintain circuit ionized calcium <0.35 mmol/L and systemic calcium 1.0–1.2 mmol/L.

Four critically ill patients underwent CVVHDF with regional citrate anticoagulation (RCA). Mean filter lifespan varied widely, ranging from 3 to 55 hours. The first patient, with a history of ANCA-associated vasculitis and Fabry disease, completed three sessions lasting 50–55 hours each with stable metabolic control and a filtration fraction (FF) of 31%. The second patient, admitted for post-STEMI heart failure and pneumonia, had a 40-hour session with a FF of 22%. The third patient, who had decompensated chronic kidney disease with acute tubular necrosis, experienced early filter failure at 3 hours due to hemodynamic intolerance. The fourth patient, with a history of COPD complicated by cardiorenal syndrome and septic shock, required two sessions lasting 24 and 44 hours, respectively. All treatments used AN69 high-flux membranes and jugular catheters for vascular access. No citrate toxicity or bleeding was observed. The mean filter lifespan of our CVVHDF with RCA series was approximately 38 hours, comparable to values reported in recent studies. Multiple publications have demonstrated that RCA is more effective in prolonging filter lifespan and reducing bleeding risk compared with unfractionated heparin. According to current literature, a filtration fraction above 25–30% increases hemoconcentration and clot formation, underscoring the importance of maintaining optimal blood flow. The AN69 high-flux membrane, used in all our patients, affects transmembrane pressure and adsorption properties and may require higher anticoagulant doses to achieve comparable lifespan. Vascular access also contributes; jugular catheters provide more stable flows and longer filter survival than femoral sites.

In this series, mean filter lifespan was 38 hours. Filter performance depended on multiple factors, particularly anticoagulation strategy, filtration fraction, blood flow, membrane characteristics, and vascular access quality. Optimizing these parameters is essential to improve circuit longevity and treatment efficiency.

P 189 Insuffisance rénale aigue chez l'enfant brûlé : incidence et pronostic

Auteurs :

Hana Fredj (fredjhanask@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous .

Amal LETAIEF (amal.lettaief@etudiant-fmt.utm.tn): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous .

Meriem Cheikhrouhou (cheikhrouhou.mariem@yahoo.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous .

Alouini Amenne (amenne.alouini@fmt.utm.tn): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous .

Imen Jami (imenjami@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous .

Bahija Gasri (bahijagarsi2002@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous .

Messadi Amen Allah (amen933@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous .

Amel Mokline (amel.mokline@fmt.utm.tn): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous .

L'insuffisance rénale aiguë (IRA) est une complication fréquente chez les brûlés en réanimation, et est associée à un mauvais pronostic. Peu d'études se sont intéressées à cette complication chez la population pédiatrique brûlée.

Déterminer l'incidence et les caractéristiques cliniques, biologiques, et évolutives de l'IRA chez les enfants brûlés.

Étude descriptive rétrospective menée sur une période de deux ans et 8 mois (Janvier 2021 – Septembre 2023), dans le service de réanimation des brûlés. Ont été inclus les enfants brûlés (âge<18ans) ayant développé une insuffisance rénale aigue. L'IRA a été définie selon les critères KDIGO. Une récupération rénale a été définie par la normalisation de la créatinine et du débit urinaire. Après l'inclusion, les données cliniques, biologiques et évolutives des patients ont été recueillies et analysées.

Durant la période d'étude, 151 enfants brûlés ont été admis, dont 11 ont développé une IRA soit une incidence de 7,5%. L'âge moyen de ces patients était de 9±5ans, avec un sexe ratio H/F à 0,83. Les brûlures étaient secondaires à un accident domestique dans 90,9% des cas. Elles étaient thermiques dans 9 cas (81,8%) et électriques dans 2 cas. La surface cutanée brûlée moyenne était de 41,5%. 7 patients étaient sous ventilation mécanique. L'IRA est apparue dans un délai médian de 4 [0-41,5] jours. Les taux moyens d'urée et de créatinine étaient respectivement de 12,9±5,6 mmol/l et 131,7±76 µmol/l. L'IRA était d'origine fonctionnelle chez 8 enfants et organique chez 3 enfants. Des complications métaboliques ont été notées à type d'hyperkaliémie (n=4), d'hyponatrémie (n=5) et d'acidose métabolique (n=2). L'épuration extrarénale a été indiquée chez 3 patients, non réalisée à cause d'une instabilité hémodynamique. La récupération rénale a été notée chez 6 patients avec un délai moyen de 7,5 ± 2,3 jours. La durée moyenne de séjour était de 12 jours. L'évolution était fatale chez 5 enfants secondaires à un état de choc septique réfractaire dans tous les cas. La mortalité était de 63%. En analyse univariée, l'insuffisance rénale aigue était significativement associée à la mortalité avec une p< 10-3 (G1 : IRA+ =63,6% vs G2 : IRA- =7,4%)

L'insuffisance rénale aigue est fréquente chez l'enfant brûlé (incidence de 7,5%), survenant dans un délai de 4 jours. Bien que souvent fonctionnelle et réversible, elle accroît la mortalité.

P 190 Hypomagnésémie en réanimation: quelle prévalence et quelle morbi-mortalité ?

Auteurs :

Nasreddine Foudhaili (foudhailin@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .

O.Saadaoui (osaadaoui122@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .

W.Brahmi (brahmiwala@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef .

S.Ouerghi (ouerghiseif16@gmail.com): Service des Urgences Hôpital Régional du Kef .

L'hypomagnésémie est un trouble ionique souvent sous-diagnostiqué en réanimation. Pourtant, il est associé à une morbi-mortalité non négligeable.

Le but de cette étude était d'évaluer la prévalence de l'hypomagnésémie en réanimation, ses manifestations cliniques, ses causes et son impact sur la durée de séjour et sur la mortalité.

Il s'agissait d'une étude rétrospective de 4 mois incluant tous les patients admis en réanimation ayant un dosage de la magnésémie soit à l'admission soit au cours du séjour. Nous avons comparé les deux groupes de patients avec et sans hypomagnésémie en termes de score de gravité, de caractéristiques cliniques, d'anomalies biologiques, de durée de séjour et de mortalité.

Nous avons inclus 59 patients dont l'âge moyen était de 48 ± 17 ans avec une prédominance féminine (H/F=27/32). Les principales comorbidités étaient l'HTA (27%), le diabète (36%) et l'insuffisance rénale chronique (28%). L'APACHE II était de 24 ± 6 . La durée de séjour moyenne était de 7 ± 3 jours et la mortalité hospitalière de 36%. L'hypomagnésémie était diagnostiquée chez 25 patients soit une prévalence de 42%. Les principales anomalies biologiques associées étaient l'hypokaliémie (40%), l'hypocalcémie (44%) et l'hypoprotidémie (24%). Les principales manifestations retrouvées étaient les arythmies (32%), l'HTA (24%), l'hypokaliémie/hypocalcémie (24%), la confusion mentale (12%) et les convulsions (8%). Les principales étiologies identifiées étaient les médicaments (24%), l'insuffisance rénale (16%), la diarrhée (12%) et la malnutrition (8%). Aucune différence significative entre les groupes avec et sans hypomagnésémie en termes de durée de séjour ni de mortalité n'a été retrouvée.

L'hypomagnésémie paraît fréquente en réanimation. Bien qu'aucun impact sur la mortalité et la durée de séjour n'a été retrouvé, elle peut exposer les patients à des complications graves d'où l'intérêt de son dépistage chez les patients admis en réanimation.

P 191 ACIDOSE METABOLIQUE D'ORIGINE TOXIQUE : ETUDE DESCRIPTIVE ET ANALYTIQUE

Auteurs :

M.Kharrat (kharratmalek1@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

A.Ben Jazia (aamira26juillet@yahoo.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

F.Rebhi (rebhifeyz.md@gmail.com.fr): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

I.Touti* (islemtouti7@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

Asma Azaza (asmaazaza8@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

Hassen Ben Ghezala (hassen.ghezala@gmail.com): réanimaton médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

Nozha Brahmi (nzh.brahmi@gmail.com): réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente et Réanimation .

L'acidose métabolique constitue une complication rare mais grave en toxicologie. Elle peut être secondaire à l'ingestion de diverses produits qu'ils soient pharmaceutiques ou non et peut conditionner le pronostic. L'épuration extra rénale constitue le principal moyen de prise en charge

L'objectif de cette étude est de décrire l'aspect clinique, la prise en charge thérapeutique et le pronostic des patients admis en réanimation pour intoxication aigue et présentant une acidose métabolique.

Etude descriptive rétrospective mono centrique conduite au service de réanimation toxicologique sur deux ans entre Janvier 2023 et Décembre 2024. Ont été inclus les patients admis en réanimation pour intoxication aigue et présentant une acidose métabolique. N'ont pas été inclus les patients présentant une acidose métabolique d'origine non toxique. Les données démographiques, cliniques, biologiques, le toxique ingéré ainsi que la prise en charge thérapeutique ont été consignées à partir des dossiers médicaux exploitables.

Durant la période d'étude 1270 patients étaient admis pour intoxication aigue dont 43 présentaient une acidose métabolique et ont été inclus dans cette étude. L'âge médian était de 37 ans avec des extrêmes entre 17 et 69 ans et sexe ratio=2,7. Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle(n=10) et le diabète(n=14). Six patients étaient suivis pour insuffisance rénale chronique non au stade d'hémodialyse. Neuf patients avaient des antécédents psychiatriques. Le tableau clinique initial était fait de détresse neurologique(n=10), instabilité hémodynamique(n=6) et détresse respiratoire(n=5). Sur le plan biologique les taux médians à l'admission des paramètres mesurés étaient: pH=7,32±0,12, lactates=4,02±2,15mmol/l et bicarbonates=17±4,8mmol/l. Les toxiques incriminés étaient principalement médicamenteux(n=36): metformine(n=29), valproate de sodium(n=3) et théophylline(n=2). Les toxiques non médicamenteux étaient: méthanol(n=7) et éthylène glycol(n=2). Une insuffisance rénale aigüe était notée chez 13 malades. Sur le plan thérapeutique, la ventilation mécanique invasive était nécessaire chez 8 patients pour une durée médiane de 2,5 jours. La noradrénaline était nécessaire chez 10 malades pour une durée médiane de 3,7 jours. L'épuration extra rénale a été réalisée chez seulement neuf patients. La durée médiane d'hospitalisation était de 2,7 jours. Au total 4 patients sont décédés. Aucune différence en mortalité n'a été notée selon le type de toxique médicamenteux versus non médicamenteux avec p=0,460. On note une absence de différence significative entre les survivants et les décédés quant au taux de pH, lactates et bicarbonates à l'admission. Cependant, la détresse respiratoire et l'état de choc étaient significativement plus associées à la mortalité avec respectivement p=0,041 et p=0,026.

Dans l'étude seul neuf patients ont bénéficié d'hémodialyse. Le pronostic était associé à la gravité du tableau(détresse respiratoire et hémodynamique). Ceci souligne l'importance de la prise en charge précoce ainsi que l'adaptation des indications de l'Extrip aux particularités des intoxications.



P 192 MORTALITE ET FACTEURS PRONOSTIQUES DES PATIENTS CIRRHOtIQUES ADMIS EN REANIMATION

Auteurs :

- I.KLAI* (Klaiimen@outlook.fr): Réanimation médicale habib thameur .
Y.GARBA (yesminegarbaa@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
H.GALAI (hounaidagalai@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
I.SDIRI (sdiri.ynes@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
A.HMAIDI (hmaidiamira.96@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
L.BORSALI (borsali.leila@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
K.AKKERI (khouloudjapon@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
A.SMIRI (ahmed.smiri950@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur .
I.SEDGHIANI (sedghiani.ines@gmail.com): reanimation médicale habib thameur .
N.BORSALI-FALFOUL (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): reanimation medicale habib thameur .

Les complications sévères menaçant le pronostic vital des cirrhotiques et nécessitant une hospitalisation en réanimation sont fréquentes. Outre les complications spécifiques à la maladie, les

complications métaboliques chez les cirrhotiques pourraient être graves et augmenter la morbi mortalité.

Chercher une association entre les troubles métaboliques et la mortalité intra hospitalière des cirrhotiques.

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans un service de réanimation médicale sur une période de six ans (novembre 2018-novembre 2024). Nous avons divisé la population des cirrhotiques d'étude en deux groupes (survivants versus décédés). Nous avons analysé les paramètres cliniques et biologiques pour chercher une association entre les anomalies métaboliques notamment l'agression rénale aigue (ARI), son stade et la mortalité intra hospitalière.

Nous avons inclus 44 patients d'un âge médian de 66 ans, dont 17 ont présenté une ARI et 20 sont décédés durant l'hospitalisation. Les anomalies métaboliques associées à une surmortalité étaient une natrémie <135 umol/L (AUC = 0,681, p = 0,04, IC 95% = [0,522-0,841], Sensibilité = 65%, Spécificité = 37,5%, VPP = 59%, VPN = 68%) et une créatininémie >125 mmol/L (AUC = 0,697, p= 0,026, IC 95% = [0,538-0,856], Sensibilité= 95%, Spécificité = 70%, VPP = 90%, VPN =67,6%). Le tableau I compare les données clinico biologiques des survivants et des décédés.

L'ARI et l'hyponatrémie à l'admission sont significativement associées à la mortalité intra hospitalière chez les cirrhotiques en réanimation.

P 193 FACTEURS PREDICTIFS DE SEJOUR PROLONGE ET DES COMPLICATIONS METABOLIQUES EN REANIMATION AU COURS DE L'ACIDOCETOSE DIABETIQUE

Auteurs :

S.Bel Haj Youssef1 (sourourbelhajyoussef1@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzar - Kairouan (Tunisie) .

A.Hammedi1 (arijhammedi@live.fr): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzar - Kairouan (Tunisie) .

H.Sfar1 (dr.sfar.haifa@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzar - Kairouan (Tunisie) .

D.Ben Braiek1 (bbraiek.dhouha@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzar - Kairouan (Tunisie) .

I.Abaidi1* (ichrakabaidi99@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzar - Kairouan (Tunisie) .

H.zorgati1 (zorgati.hend@yahoo.fr): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzar - Kairouan (Tunisie) .

G.Rannen1 (ghada.rannen@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzar - Kairouan (Tunisie) .

Z.Mahjoubi1 (zainebslaheddine@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzar - Kairouan (Tunisie) .

M.Mahmoud1 (Mohamedmahmoudhabiba@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzar - Kairouan (Tunisie) .

J.Ayachi1 (ayachijihen@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzar - Kairouan (Tunisie) .

H.Elomma Mrabet2 (houcem.mrabet@gmail.com): 2:service d'endocrinologie CHU Taher Sfar Mahdia, Tunisie .

M.Souissi2 (souissimariem534@gmail.com): 2:service d'endocrinologie CHU Taher Sfar Mahdia, Tunisie .

O.Dimassi2 (oumainadimassi9@gmail.com): 2:service d'endocrinologie CHU Taher Sfar Mahdia, Tunisie .

B.Zantour2 (bahazantour@yahoo.fr): 2:service d'endocrinologie CHU Taher Sfar Mahdia, Tunisie .

L'acidocétose diabétique (ACD) représente un motif fréquent d'admission en réanimation. Identifier précocement les facteurs prédictifs de complications et de séjour prolongé permettrait d'optimiser la prise en charge et d'améliorer le pronostic de ces patients.

Déterminer les facteurs pronostiques, cliniques et biologiques, des complications métaboliques et du séjour prolongé en réanimation chez les patients admis pour acidocétose diabétique, afin d'améliorer leur prise en charge.

C'est une étude rétrospective, comparative et analytique, menée sur une période de 2 ans (septembre 2022-septembre 2024), ayant inclus tous les patients adultes (≥ 18 ans) hospitalisés en réanimation pour ACD. L'objectif principal était d'identifier les facteurs prédictifs du séjour prolongé, défini par une durée > 48 heures. L'objectif secondaire consistait à déterminer les facteurs associés à la survenue de complications métaboliques, définies par la survenue d'hypokaliémie et/ou d'hypoglycémie au cours du traitement. Une analyse univariée puis multivariée a été effectuée afin d'évaluer les déterminants significatifs, avec un seuil de signification statistique fixé à $p < 0,05$.

Soixante-huit patients ont été inclus. La médiane d'âge était de 28,5 ans [21,25-49,25], avec une prédominance féminine (58,8%). A l'admission, la médiane des scores SAPSII et APACHEII étaient respectivement à 15 [12-21,7] et 7 [5-10,7]. L'ACD était inaugurale dans 15% des cas. Les principaux facteurs déclencheurs étaient la mal-observance thérapeutique et l'infection avec des pourcentages respectifs à 56,2% et 41,1%. La moyenne de la glycémie, PH et bicarbonate était respectivement à $27,2 \pm 7,5$ mmol/L, $7,07 \pm 0,15$ et $5,68 \pm 3,47$ mmol/L. L'ACD était sévère chez 44 patients (60,3%). Le séjour était prolongé chez 42 patients (61,8%). Quarante et sept patients (69%) avaient présenté des complications métaboliques. En univariée, le séjour prolongé était associé au score APACHEII ($p=0,003$), la quantité de perfusion de KCl à J2 ($p=0,004$), la durée d'insuline IV ($p<10-3$), l'infection comme facteur de décompensation ($p=0,006$) et l'acidose sévère ($p=0,012$). En multivariée, le score APACHE II (OR=1,23; IC95%:1,01-1,51 ; $p=0,039$), la quantité de KCl à J2 (OR=1,02; IC95% :1,001-1,05; $p=0,043$), la durée d'insuline IV (OR=1,14; IC95% :1,05-1,25; $p=0,002$) et l'acidose sévère (OR=8,67; IC95% :1,33-56,25; $p=0,023$) demeuraient des facteurs indépendants. Pour les complications métaboliques, le score SAPSII ($p=0,034$), le volume de SSI ($p=0,014$), la quantité de KCl à J2 ($p<10-3$), la durée du séjour ($p=0,044$) et le recours à la ventilation invasive ($p=0,008$) étaient associés en univariée. En multivariée, le volume de SSI (OR=0,99; IC95% :0,99-1; $p=0,049$) et la quantité de KCl à J2 (OR=1,03; IC95% :1,012-1,05; $p=0,002$) restaient prédictifs indépendants.

Les scores de gravité, l'acidose sévère et la gestion des perfusions métaboliques prédisent précocement les patients à risque de séjour prolongé et de complications métaboliques, permettant une meilleure maîtrise de l'ACD.



P 194 INCIDENCE DES TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE OU DU COMA CHEZ LES PATIENTS PRESENTANT DES TROUBLES ELECTROLYTIQUES

Auteurs :

R. Kandil (rania.kandil89@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

H. Nouira (nouirahajer@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

S. Mougou (sarra97@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

R. Gharbi (rimgharbi2008@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

M. Fekih Hassen (mohamed.fekihhassen1@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

H. Ben SikAli (Habiba.sikali@hotmail.fr): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

S. Elatrous (souheilatrous@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia .

Les électrolytes assurent un rôle fondamental dans le maintien de l'homéostasie. Malgré la connaissance physiopathologique de ces troubles, leur lien direct avec les complications telles que les comas ou les troubles du rythme cardiaque reste peu étudié dans la littérature

Déterminer l'incidence des troubles du rythme cardiaque ou du coma chez les patients admis avec des troubles électrolytiques sévères et évaluer la mortalité associée à ces troubles.

Étude observationnelle rétrospective monocentrique . Nous avons inclus tous les patients adultes admis en réanimation entre 01/01/2023 et 31/12/2024 et ayant au moins un des troubles électrolytiques suivant à l'admission : Na <125 mmol/L ou >155 mmol/L, K <2.5 mmol/L ou >6.0 mmol/L, Mg <0.5 mmol/L Critères d'exclusion: Patients en soins palliatifs ou avec limitation de soins à l'admission, absence de données cliniques disponibles et hyperglycémie extrême (>600 mg/dL) influençant la natrémie corrigée sans correction disponible

Au total 93 patients ont été inclus avec un âge médian de 60 ans [37-72]. Plus que la moitié des patients étaient de sexe masculin (54%).Le diabète était la comorbidité la plus fréquente (43%).Le taux de mortalité globale était de 31%. A l'admission, 35,5 % présentaient une hyponatrémie, 30 % une hypernatrémie, 33 % une hypokaliémie et 35,5 % une hyperkaliémie. Pour les complications, un coma était présent chez 16 patients (17,2 %) et les convulsions chez 7 patients (7,5 %).Les troubles du rythme cardiaque étaient rapportés chez 44 patients (47%), et sont dominés par la tachycardie sinusale (33,3 %),et la fibrillation auriculaire (6,5 %). Un bloc auriculo-ventriculaire (BAV) a été retrouvé chez 3 patients (3,2 %). Deux cas d'allongement QT (2,2 %) et un cas de QT court (1 %). Des extrasystoles ventriculaires ont été observées chez un patient (1 %). Aucune association significative n'a été observée entre les troubles électrolytiques et les types de troubles du rythme cardiaque sauf une tendance entre l'hyperkaliémie et la survenue d'un bloc auriculo-ventriculaire ($p = 0,05$) La survenue des troubles du rythme ou d'un coma était plus fréquente chez les patients sans antécédents cardiovasculaires (76,1 %) vs (23,9 %) avec $p = 0,003$ et chez les plus jeunes 48 ans [26-70] vs 62ans [48-72]avec une tendance statistiquement limite ($p = 0,05$). La mortalité n'était pas associée significativement à ces complications (un trouble du rythme ou un coma) avec $p = 0,87$

Les troubles du rythme cardiaque et le coma étaient fréquents chez les patients admis avec des troubles électrolytiques sévères. Ces complications étaient significativement associées à l'absence d'antécédents cardiovasculaires. La mortalité n'était pas associée significativement à la survenue de ces complications

P 195 INSULINE BASALE PRECOCE VERSUS TARDIVE DANS L'ACIDOCETOSE DIABETIQUE EN REANIMATION : QUELLE STRATEGIE ADOPTER ?

Auteurs :

S.Bel Haj Youssef1 (sourourbelhajyoussef1@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzaar - Kairouan (Tunisie) .

A.Hammedi1 (arijhammedi@live.fr): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzaar - Kairouan (Tunisie) .

D.Ben Braiek1 (bbraiek.dhouha@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzaar - Kairouan (Tunisie) .

H.Sfar1 (dr.sfar.haifa@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzaar - Kairouan (Tunisie) .

A.Mansouri1* (asmamansouri098@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzaar - Kairouan (Tunisie) .

H.zorgati1 (zorgati.hend@yahoo.fr): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzaar - Kairouan (Tunisie) .

G.Rannen1 (ghada.rannen@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzaar - Kairouan (Tunisie) .

Z.Mahjoubi1 (zainebslaheddine@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzaar - Kairouan (Tunisie) .

M.Mahmoud1 (Mohamedmahmoudhabiba@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzaar - Kairouan (Tunisie) .

J.Ayachi1 (ayachijihen@gmail.com): 1:Service de Réanimation Médicale CHU Ibn El Jazzaar - Kairouan (Tunisie) .

H.Elomma Mrabet2 (houcem.mrabet@gmail.com): 2:service d'endocrinologie CHU Taher Sfar Mahdia, Tunisie .

M.Souissi2 (souissimariem534@gmail.com): 2:service d'endocrinologie CHU Taher Sfar Mahdia, Tunisie .

O.Dimassi2 (oumainadimassi9@gmail.com): 2:service d'endocrinologie CHU Taher Sfar Mahdia, Tunisie .

B.Zantour2 (bahazantour@yahoo.fr): 2:service d'endocrinologie CHU Taher Sfar Mahdia, Tunisie .

L'acidocétose diabétique (ACD) représente une urgence métabolique fréquente en réanimation. Le timing optimal d'introduction de l'insuline basale reste encore débattu justifiant une analyse comparative des stratégies précoce versus tardive.

Cette étude vise à évaluer l'efficacité et la sécurité de l'administration précoce d'insuline basale dans la prise en charge de l'ACD en milieu de réanimation.

C'est une étude rétrospective, comparative et analytique, menée sur une période de 2 ans (septembre 2022-septembre 2024), ayant inclus tous les patients adultes (≥ 18 ans) hospitalisés en réanimation pour ACD. Les participants ont été répartis en deux groupes selon le moment d'introduction de l'insuline basale : précoce (dans les 24 heures suivant l'initiation de l'insuline intraveineuse) versus tardive. Les objectifs primaires étaient la durée de perfusion d'insuline IV et la durée d'hospitalisation. Les objectifs secondaires incluaient la survie et la survenue de complications métaboliques aiguës.

Soixante-huit patients ont été inclus. La médiane d'âge était de 28,5 ans [21,25-49,25], avec une prédominance féminine (58,8%). A l'admission, la médiane des scores SAPSII et APACHEII étaient respectivement à 15 [12-21,7] et 7 [5-10,7]. L'ACD était inaugurale dans 15% des cas. Cinquante-et-un pour cent des patients avaient des antécédents d'hospitalisation pour ACD. Les principaux facteurs déclenchants étaient la mal-observance thérapeutique et l'infection avec des pourcentages respectifs à 56,2% et 41,1%. La moyenne de la glycémie, PH et bicarbonate était respectivement à $27,2 \pm 7,5$ mmol/L, $7,07 \pm 0,15$ et $5,68 \pm 3,47$ mmol/L. L'ACD était sévère chez 44 patients (60,3%). Le traitement reposait sur l'hydratation, l'insulinothérapie IV et la correction des troubles hydro électrolytiques. Trente-sept patients (54,4%) avaient reçu l'insuline basale précoce. En analyse univariée, ce groupe avait présenté moins d'épisode d'hypokaliémie par patient (1[0-2] vs 2[0-3], $p=0,05$), avait nécessité moins d'apport potassique à J2 de traitement ($6,13 \pm 9,55$ mmol vs $13,44 \pm 12,19$ mmol, $p=0,012$) que le groupe ayant reçu l'insuline basale tardivement. Par ailleurs, la durée d'insuline IV ainsi que la durée de séjour étaient plus basses dans le groupe précoce (30[23-37] vs 42[35-61] heures, $p<0,001$) et (3[2-3] vs 4[2-5] jours, $p=0,005$), respectivement. La survie en réanimation ne différait pas significativement entre les groupes en analyse univariée ($p = 0,794$). En analyse multivariée, l'introduction précoce d'insuline basale était associée à un apport potassique plus faible à J2 (OR=0,90, IC 95%:0,827-0,998, $p=0,045$) et à une durée de perfusion d'insuline IV réduite (OR=0,93, IC 95%:0,878-0,993, $p=0,029$) par rapport au groupe tardif.

L'initiation précoce de l'insuline basale en réanimation diminue la durée de l'insulinothérapie IV, les apports potassiques et le séjour hospitalier, suggérant une stratégie sûre et efficace permettant une meilleure maîtrise de l'ACD.

P 196 GURVITS SYNDROME COMPLICATING DIABETIC KETOACIDOSIS IN A YOUNG MALE : A CASE REPORT

Auteurs :

A. Mansouri*1 (asmamansouri098@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan .

H. Sfar1 (Dr.sfar.haifa@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan .

S. Bel haj Youssef1 (sourourbelhajyoussef1@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan .

D. Ben Braiek1 (bbaiek.dhouha@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan .

G. Rannen1 (ghada.rannen@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan .

Z. Mahjoubi1 (Zainebslaheddine@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan .

J. Ayachi1 (ayachijihen@gmail.com): 1: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan .

Gurvits syndrome or acute esophageal necrosis (AEN), is a rare severe condition characterized by black circumferential discoloration usually affecting the distal third of the esophageal mucosa. It often occurs in critically ill patients, commonly associated with diabetes, shock, or sepsis.

A 31-year-old male with type 1 diabetes mellitus for 11 years, poorly compliant with insulin therapy and dietary measures, presented with two days of abdominal pain and persistent vomiting. no history of caustic ingestion was documented. On admission, he was drowsy but arousable (GCS 14/15), dehydrated, and hemodynamically stable. Laboratory evaluation revealed severe metabolic acidosis (pH 7.18, HCO_3^- 10 mmol/L), hyperglycemia (485 mg/dL), and hypokalemia (2.8 mmol/L), consistent with diabetic ketoacidosis (DKA). Renal function tests showed mild prerenal impairment, and inflammatory markers were normal. Urinalysis confirmed glycosuria and ketonuria without infection. Initial management included fluid resuscitation with isotonic saline solutions, potassium supplementation, and continuous intravenous insulin infusion after correction of hypokalemia. Proton pump inhibitor (PPI) and prophylactic anticoagulation were initiated. During ICU monitoring, the patient developed melena with a hemoglobin drop from 10.6 to 7.2 g/dL, requiring transfusion of two packed red blood cell units. Urgent esophagogastroduodenoscopy revealed circumferential black necrosis of the upper esophagus with abrupt transition to normal mucosa evoking the diagnostic of acute esophageal necrosis (Gurvits syndrome). Abdominal CT demonstrated moderate bilateral pleural effusion and pneumoperitoneum without evidence of perforation. The patient was kept nil-per-os (NPO). Intravenous PPI twice daily and fluid support were continued also. The patient showed progressive clinical improvement with normalization of metabolic parameters. Follow-up CT on day 10 confirmed resolution of pneumoperitoneum and repeat endoscopy demonstrated significant mucosal healing. The patient was discharged in good condition after complete resolution of diabetic ketoacidosis and near-total recovery of esophageal lesions.

Acute esophageal necrosis is a rare but life-threatening condition. Early endoscopic diagnosis, correction of precipitating factors, and intensive supportive care are crucial. This case highlights that timely conservative management can ensure recovery and prevent late complications such as esophageal stricture.

P 197 RÉACTIVATION D'UNE HÉPATITE CHRONIQUE AU COURS DE LA GROSSESSE : ÉVOLUTION FATALE

Auteurs :

S.Bellil* (bellil.samar@gmail.com): Réanimation Médicale Hôpital universitaire- Gabès .

R.Rajah (rihab1rajah@gmail.com): Réanimation Médicale Hopital universitaire- Gabes .

H.Ben Ahmed (benahmedhedia@gmail.com): Réanimation Médicale Hôpital universitaire- Gabès .

H.Mayoufi (houda.mayoufi20@gmail.com): Réanimation Médicale Hôpital universitaire-Gabès .

A.Ben khlifa (atraabenkhalifa@gmail.com): Réanimation Médicale Hôpital universitaire- Gabès .

La réactivation de l'hépatite B au cours de la grossesse, favorisée par des modifications immunologiques, est une complication rare mais grave. Elle peut évoluer vers une insuffisance hépatocellulaire et engager le pronostic vital maternel. Elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire urgente.

La patiente A.M, âgée de 36 ans, suivie pour une hépatite chronique B depuis l'enfance. Lors de sa première grossesse, une réactivation virale a été constatée à 04 SA (charge virale=163*10⁴ UI/mL) avec un bilan hépatique et une échographie normaux. La conduite était de débuter un traitement antiviral à 24 SA. Cependant, à 23 SA, elle a été admise dans un tableau d'hépatite aigue sévère. L'examen clinique : un ictere cutanéo-muqueux, urines foncées, selles décolorées, consciente, pas de signes d'encéphalopathie hépatique. À la biologie une charge virale (165*10⁶ UI/mL), une cytolysé (ASAT/ALAT : 1935/1164 UI/L), une cholestase (BT/BD : 208/139 µmol/L), un TP à 39,8 %, facteur V=52 %, avec un taux de plaquettes (182 000/mm³). L'échographie abdominale était sans anomalies. Les sérologies VHA, VHC, VHD et le bilan immunologique étaient négatifs. Un traitement par Tenofovir a été initié avec correction des troubles de l'hémostase (Vit K, PFC), prévention de l'encéphalopathie hépatique (Lactulose) et des hypoglycémies (G10%). Sur le plan obstétrical, une interruption thérapeutique de grossesse (ITG) a été discutée mais non retenue du fait du risque hémorragique. L'évolution a été défavorable : développement d'une encéphalopathie hépatique, aggravation de la fonction rénale, insuffisance hépato-cellulaire, mort fœtale in utero suivie d'un avortement spontané sans complications hémorragiques, puis une défaillance multiviscérale.

Ce cas souligne la gravité d'une réactivation de l'hépatite B en cours de grossesse, avec évolution vers une insuffisance hépato-cellulaire, complications fœtales et multiviscérales, soulignant l'importance d'un dépistage précoce et d'un traitement antiviral anticipé.

P 198 FORMES SÉVÈRES D'ACIDOSE TUBULAIRE RÉNALE EN RÉANIMATION : À PROPOS DE DEUX CAS CLINIQUES

Auteurs :

H.Mayoufi* (houda.mayoufi20@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Gabès .

S.Bellil (Bellil.samar@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Gabès .

R.Rajah (rihab1rajah@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Gabès .

H.Benahmed (benahmedhedia@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Gabès .

A.Benkhelifa (atraabbenkhelifa@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Gabès .

Les acidoses tubulaires rénales (ATR) sont des désordres rares de l'équilibre acido-basique. Leur décompensation aiguë peut révéler des tableaux métaboliques ou neuromusculaires sévères, notamment en cas d'arrêt du traitement ou de perte intercurrente, nécessitant une prise en charge rapide.

Observation 1 Un homme de 23 ans, suivi pour une ATR distale (type 1) d'origine génétique, ayant arrêté son traitement par bicarbonate et potassium oraux depuis deux semaines, consulte pour une faiblesse musculaire rapidement progressive, évoluant vers une tétraplégie flasque, avec polypnée à 35/min. À l'examen Glasgow 15/ 15 . L'ECG montre des ondes U et un allongement du QT. La biologie révèle une acidose métabolique (pH 7,18 ; bicarbonate à 9 mmol/L), une hypokaliémie sévère (1,33 mmol/L), une natrémie normale et une fonction rénale conservée. L'électromyogramme, réalisé pour éliminer un Guillain-Barré, est normal mais met en évidence une hypoexcitabilité musculaire. Le patient est intubé pour détresse respiratoire liée à un épuisement musculaire. Une correction intraveineuse du potassium et des bicarbonates est initiée. L'évolution est favorable, avec récupération progressive et extubation à j 9.

Observation 2 Un adolescent de 15 ans, suivi pour une ATR proximale (type 2) génétique associée à une hypothyroïdie auto-immune traitée, consulte pour vomissements, douleurs abdominales et asthénie, sans fièvre. L'examen clinique n'orienté pas vers une urgence chirurgicale. La gazométrie artérielle montre une acidose métabolique sévère (pH 7,03 ; bicarbonate à 6,1 mmol/L) et une hypokaliémie modérée (2,5 mmol/L), avec une glycémie correcte et une fonction rénale normale. Le tableau est compatible avec une décompensation aiguë, probablement déclenchée par des pertes digestives. Le traitement associe réhydratation IV, correction des bicarbonates selon le déficit estimé et supplémentation potassique. L'évolution est favorable sans recours à la ventilation.

Ces deux cas illustrent la sévérité potentielle des décompensations d'ATR, avec des présentations variées. Une surveillance régulière et une bonne observance thérapeutique sont essentielles pour prévenir ces complications, dont la prise en charge rapide permet une issue favorable.

P 199 FORMES SÉVÈRES D'ACIDOSE TUBULAIRE RÉNALE EN RÉANIMATION : À PROPOS DE DEUX CAS CLINIQUES

Auteurs :

H.Mayoufi* (houda.mayoufi20@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Gabès .

S.Bellil (Bellil.samar@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Gabès .

R.Rajah (rihab1rajah@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Gabès .

H.Benahmed (benahmedhedia@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Gabès .

A.Benkhliifa (atraabbenkhliifa@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Gabès .

Les acidoses tubulaires rénales (ATR) sont des désordres rares de l'équilibre acido-basique. Leur décompensation aiguë peut révéler des tableaux métaboliques ou neuromusculaires sévères, notamment en cas d'arrêt du traitement ou de perte intercurrente, nécessitant une prise en charge rapide.

Observation 1 Un homme de 23 ans, suivi pour une ATR distale (type 1) d'origine génétique, ayant arrêté son traitement par bicarbonate et potassium oraux depuis deux semaines, consulte pour une faiblesse musculaire rapidement progressive, évoluant vers une tétraplégie flasque, avec polypnée à 35/min. À l'examen Glasgow 15/ 15 . L'ECG montre des ondes U et un allongement du QT. La biologie révèle une acidose métabolique (pH 7,18 ; bicarbonate à 9 mmol/L), une hypokaliémie sévère (1,33 mmol/L), une natrémie normale et une fonction rénale conservée. L'électromyogramme, réalisé pour éliminer un Guillain-Barré, est normal mais met en évidence une hypoexcitabilité musculaire. Le patient est intubé pour détresse respiratoire liée à un épuisement musculaire. Une correction intraveineuse du potassium et des bicarbonates est initiée. L'évolution est favorable, avec récupération progressive et extubation à j 9. **Observation 2** Un adolescent de 15 ans, suivi pour une ATR proximale (type 2) génétique associée à une hypothyroïdie auto-immune traitée, consulte pour vomissements, douleurs abdominales et asthénie, sans fièvre. L'examen clinique n'orienté pas vers une urgence chirurgicale. La gazométrie artérielle montre une acidose métabolique sévère (pH 7,03 ; bicarbonate à 6,1 mmol/L) et une hypokaliémie modérée (2,5 mmol/L), avec une glycémie correcte et une fonction rénale normale. Le tableau est compatible avec une décompensation aiguë, probablement déclenchée par des pertes digestives. Le traitement associe réhydratation IV, correction des bicarbonates selon le déficit estimé et supplémentation potassique. L'évolution est favorable sans recours à la ventilation.

Ces deux cas illustrent la sévérité potentielle des décompensations d'ATR, avec des présentations variées. Une surveillance régulière et une bonne observance thérapeutique sont essentielles pour prévenir ces complications, dont la prise en charge rapide permet une issue favorable.

P 200 Valeur pronostique des lactates sériques chez les patients septiques en réanimation.

Auteurs :

Amira HMAIDI, (hmaidiamira.96@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur .

ines sdiri (sdiri.ynes@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur.

ines slama (ines.slama2@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur .

yasmine Garbaa (yesminegarbaa@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur .

Anissa chemsi (anissachemsi85@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur .

imen zaghoudi (i.zaghoudi@yahoo.fr): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur .

ines sedghiani (sedghiani.ines@gmail.com): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur .

Nebiha Borsali Falfoul (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): Service des urgences et de de Réanimation Médicale, habib thameur .

Dans le sepsis, l'hyperlactatémie reflète à la fois la dysfonction circulatoire et l'activation inflammatoire systémique. Un taux élevé de lactate est associé à une mortalité accrue des patients en état septique mais la valeur seuil reste variable.

L'objectif de notre étude était de déterminer la valeur seuil de lactates associée à un mauvais pronostic des patients septiques.

Nous avons mené une étude prospective observationnelle monocentrique entre Mai et septembre 2025, au sein du service des urgences et de réanimation médicale. Nous avons inclus les patients en état septique (selon SEPSIS-3). Nous avons considéré la valeur initiale des lactates. Nous n'avons pas inclus les états septiques nosocomiales

Nous avons inclus 83 patients âgés de 63 ± 17 ans avec un genre ratio 1,12. Les comorbidités étaient le diabète (53%), l'HTA (51,8%) et les maladies cardiovasculaires (48%) notamment l'insuffisance coronaire (30,1%). Les scores APACHE II, IGS II et SOFA étaient respectivement de $23,4 \pm 14$, $47,8 \pm 7$ et $4,2 \pm 3$. A l'admission, sept patients étaient en état de choc. Le sepsis pulmonaire était le diagnostic le plus noté (84,3%) Les germes les plus isolés étaient *Esherishia Coli* (16%), *Klebsiella pneumoniae* (4,8%) et *Hemophilus influenzae* (4,8%). L'évolution était marquée par l'apparition d'un état de choc pour 23 patients (27,7%), le recours à la ventilation mécanique invasive pour 22 patients (26,5%) et la survenue d'une insuffisance rénale aigue pour 22 patients (26,5%). La mortalité était de 38,6%. Les patients décédés avaient un taux de lactate significativement plus élevé ($p=0,03$). L'analyse ROC a révélé qu'un taux de lactate supérieur à 3 mmol/L était corrélé à un mauvais pronostic avec une AUC de 0,731 avec une sensibilité à 66% et une spécificité à 62% (IC 95 % : 0,579–0,883 ; $p = 0,007$). Ce taux du lactate était corrélé aussi à un développement d'un état de choc ($p<10^{-3}$) et le recours à la ventilation mécanique invasive ($p=0,01$).

Le lactate sanguin est un biomarqueur pronostique fiable chez les patients septiques admis en réanimation. Sa mesure simple, rapide et largement disponible en fait un outil pratique pour la stratification du risque et le suivi évolutif des patients.

P 201 HYONATREMIE SYMPTOMATIQUE COMPLIQUANT L'ADMINISTRATION RAPIDE D'UNE ALIMENTATION PARENTÉRALE

Auteurs :

T.Nefzaoui (Taysir.nefzaoui@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia

N.Mizouri (Nadamizouri27@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia

R.Kandil (rania.kandil89@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia

R.Gharbi (rimgharbi2008@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia

S.Chtioui (souma.cthioui@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia

H.Ben Sik Ali (habiba.sikali@hotmail.fr): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia

M.Fekih Hassen (mohamed.fekihhassen1@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia

O.Jaoued (Oussamajaoued@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia

S.Elatrous (souheilatrous@gmail.com): Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia

L'administration parentérale rapide de solutions nutritives expose à des risques métaboliques majeurs, particulièrement chez les patients âgés. Nous rapportons le cas d'une patiente ayant développé une

hyponatrémie symptomatique associée à une insuffisance rénale aiguë après administration rapide de Périkabiven®.

Patiente MM, 76 ans, autonomie limitée, a développé une anorexie motivant l'instauration d'une alimentation parentérale à domicile par son médecin traitant. Une administration de 02 litre de Périkabiven® (2 L) a été faite sue 04 heures. La patiente a développée une somnolence avec des vomissement. Un bilan biologique aux urgences a montré une Natrémie à 127 mmol/l (était à 140 mmol/l avant 24 heures) et une insuffisance rénale aigue organique (créatinines à 285 µmol/l, était à 94 µmol/l avant 24 heures). Le reste du bilan a montré une glycémie à 10 mmol/l, phosphorémie à 0.8 mmol/l et une acidose métabolique (pH 7,23, HCO3- à 7 mmol/L). La TDM cérébrale ainsi que l'échographie rénale étaient normales. La patiente a eu un protocole de correction rapide de la natrémie en réanimation permettant de récupérer un état neurologique normale (natrémie à 134 mmol/l à h24). La patiente a développée une nécrose tubulaire aigue à diurèse conservée nécessitant uniquement 03 séances d'hémodialyse. Discussion :La survenue simultanée de ces deux complications témoigne d'un déséquilibre hydro-électrolytique majeur, rarement documenté dans la littérature lors d'une infusion parentérale trop rapide. L'hyponatrémie est souvent de dilution, potentialisé par une capacité d'excrétion rénale réduite et la stimulation de la sécrétion d'ADH, notamment dans un contexte de stress aigu ou de comorbidités. D'autre part, l'insuffisance rénale aiguë observée peut résulter d'une hypoperfusion rénale secondaire à une hypotension, à une toxicité tubulaire induite par l'osmolarité accrue ou des toxiques traces (aluminium), et à une surcharge volumique brutale pouvant provoquer une congestion rénale.

Ce cas illustre la gravité des complications d'une administration rapide de nutrition parentérale, notamment l'hyponatrémie symptomatique et l'insuffisance rénale aiguë, soulignant la nécessité d'une vigilance stricte quant à la vitesse d'infusion chez les patients fragiles.

P 202 L'hémodialyse intermittente en réanimation : indications et incidents per-dialytiques

Auteurs :

S.Sellaouti (sellaaoutiselim@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie

S.Rhaiem* (sirinerrhaiem@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie

N.Ben Mrad (nacefbenmrad@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie

F.Jarraya (fatma.jarraya8@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie

M.Bhiri (mohsna.bhiri@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie

E.Rachdi (emna.rachdi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie

A.Jamoussi (amira.jamoussi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie

S.Ayed (samia.ayed@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phisiologie

J.Ben Khelil (jalila.benkhelil@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami

L'hémodialyse intermittente s'érige en technique de suppléance extracorporelle de la fonction rénale avec des indications multiples en réanimation. Néanmoins, cette technique ouvre la voie à la possibilité de survenue d'incidents per-dialytiques.

Identifier les principales indications de la dialyse en réanimation et déterminer l'incidence des incidents pouvant survenir et des interventions nécessaires pour y remédier.

Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique réalisée au service de réanimation médicale de l'hôpital Abderrahmane Mami entre Janvier 2023 et Décembre 2024. Elle a inclus toutes les séances d'hémodialyse intermittente colligées au cours de cette période. A partir d'une fiche de surveillance horaire systématique de la séance de dialyse, un recueil de l'indication de chaque séance, des incidents survenus ainsi que des interventions faites pour y remédier a été réalisé.

Un total de 321 séances de dialyse pour 103 patients a été réalisé. La principale cause de recours à une séance d'hémodialyse était l'insuffisance rénale aigüe de novo (62,1%). Les indications du recours à l'hémodialyse étaient l'oligo-anurie pour 172 (53,6%) séances, l'acidose métabolique pour 110 (34,3%) séances, l'insuffisance rénale chronique pour 41 (12,8%) séances, l'hyperkaliémie pour 40 (12,3%) séances, l'hyperurémie pour 32 (10%) séances et la surcharge hydrique pour 18 (5,6%) séances. Les séances d'hémodialyse ont été réalisées par un cathéter de dialyse fémoral dans 84% des cas, par un cathéter de dialyse jugulaire dans 9,3% des cas et par une fistule de dialyse dans 6,7% des cas. Le nombre total des incidents était de 130 (40,5%) avec une médiane de survenue de 1 [1,3] heure. Les incidents survenus au cours des séances de dialyse sont résumés dans la figure 1. Les interventions faites lors de la survenue des incidents étaient la restitution (n=35), remplissage ou recours aux catécholamine (n=31), le rinçage du circuit (n=20), l'inversion des voies (n=18), le changement du bain d'acide ou de bicarbonates (n=13), le repositionnement du patient (n=10) et le massage cardiaque (n=3). Les paramètres biologiques avant et après la séance de dialyse sont résumés dans le tableau I. Le taux de réduction de l'urée était supérieur à 50% pour 82(25,5%) séances de dialyse dont 27 séances avaient un taux supérieur à 60%.

Les principales indications de l'hémodialyse intermittente en réanimation étaient l'oligo-anurie et l'acidose métabolique avec une fréquence élevée des incidents per-dialytiques, principalement d'ordre hémodynamique, soulignant la nécessité d'une surveillance rigoureuse et d'une prise en charge rapide et adaptée.

P 203 RABDOMYOLYSE MASSIVE CHEZ UN PATIENT ATTEINT DE GLYCOGÉNOSE TYPE V : À PROPOS D'UN CAS

Auteurs :

S.Bellil* (bellil.samar@gmail.com): Réanimation Médicale Hôpital universitaire- Gabès

H.Mayoufi (houda.mayoufi20@gmail.com): Réanimation Médicale Hopital universitaire- Gabes

H.Ben Ahmed (benahmedhedia@gmail.com): Réanimation Médicale Hôpital universitaire- Gabès

R.Rajah (rihab1rajah@gmail.com): Réanimation Médicale Hôpital universitaire-Gabès

A.Ben khalfa (atraabekhalifa@gmail.com): Réanimation Médicale Hôpital universitaire- Gabès

La glycogénose type V (maladie de McArdle) est une maladie héréditaire liée à un déficit en myophosphorylase. Elle entraîne des rhabdomolyses post effort dont la moitié développent une insuffisance rénale aiguë et des défaillances multiviscérales qui engagent le pronostic vital.

Patient N.W, âgé de 23 ans, suivi depuis l'enfance pour une glycogénose type V, présente un développement staturo-pondéral et neurologique normal. Avant cet épisode, il ne rapportait comme seule plainte que des myalgies à l'effort, sans traitement de fond. Il a été admis pour une détresse respiratoire aigue. À l'examen : polypnée avec des signes de lutte, respiration paradoxale, SpO₂ à 68% (AA), améliorée à 91% sous MHC, des râles crépitants bilatéraux, Radio thorax : des opacités alvéolaires péri-hiliaires bilatérales. Neurologiquement : conscient mais agité, déficit moteur touchant les muscles des ceintures, paravertébraux et les membres, associé à des spasmes musculaires sans atteinte sensitive. Hémodynamiquement : tachycardie, HTA (160/90mmHg), oligo-anurie avec des urines brun foncé ("coca-cola"). À la biologie : rhabdomolyse massive (CPK=364 800), Cytolyse (ASAT/ALAT=6685/1598), insuffisance rénale aiguë (urée/Créatinémie=24/412), hyperkaliémie (5,8mmol/L), hyponatrémie (126mmol/L), hypocalcémie sévère (1,5 mmol/L), une acidose mixte. PEC en urgence : intubation, ventilation, sédation (Hypnovel+Rémifentanyl), hémodialyse (OAP réfractaire aux diurétiques, hyperkaliémie, anurie), supplémentation en calcium. Évolution : État de conscience

rétabli (J5), les troubles métaboliques se sont corrigés progressivement (voir Tab 1), trachéotomisé à J9, mais une faiblesse musculaire sévère persistante entravant le sevrage ventilatoire, malgré un bilan métabolique normal (calcium, phosphore, magnésium, albuminémie, bilan thyroïdien, fonction rénale) avec kinésithérapie motrice précoce et la reprise d'une alimentation orale après la trachéotomie. La rhabdomyolyse massive sur glycogénose type V engage le pronostic vital par ses complications multiviscérales. La récupération fonctionnelle est lente et difficile, souvent limitée par une perte musculaire importante, malgré une prise en charge rapide et multidisciplinaire.

P 204 Insuffisance rénale aigue chez les malades septiques en réanimation : aspects évolutifs et facteurs de mauvais pronostic

Auteurs :

Amira HMAIDI, (hmaidiamira.96@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur

Yasmine Garbaa (yesminegarbaa@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur

Imen Klai (klaiimen@outlook.fr): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur

Ines Sdiri (Sdiri.ines@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur

Houneida Galai (hounaidagalai@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur

imen zaghoudi (i.zaghoudi@yahoo.fr): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur

ines sedghiani (sedghiani.ines@gmail.com): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur

Nebiha Borsali Falfoul (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): Service des urgences et de Réanimation Médicale, habib thameur

L'agression rénale aigue (ARA) est une complications fréquentes du sepsis. Son pronostic dépend de multiples facteurs.

L'objectif de notre étude était de rechercher les facteurs associés à une évolution défavorable de l'ARA chez les malades septiques en réanimation

Il s'agissait d'une étude analytique et rétrospective sur une période de sept mois allant de janvier 2025 à juillet 2025 dans un service de réanimation médicale. Nous avons inclus dans l'étude les patients admis pour un sepsis et qui ont développé une ARA. Les hémodialysés chroniques, les patients ayant un syndrome cardio-rénal ou un syndrome hépatorénal et ceux ayant été exposés à un médicament néphrotoxique 15 jours avant l'épisode actuel.

Nous avons colligé 55 patients. L'âge médian des patients était de 65 ans [57-77] et le genre-ratio H/F de 1,1. Les comorbidités étaient dominées par l'hypertension artérielle (45,5%) et le diabète (50,9%). L'APACHE médian était de 23 [18-25], l'IGSII médian était de 61 [53-64] et le SOFA médian était de 9 [3-8]. Le sepsis était pulmonaire dans 63,6%. Klebsiella pneumoniae a été retrouvée chez 17 patients (30%). Trente patients (54,5%) ont présenté une insuffisance rénale aigue KDIGO 3. Vingt-trois patients (41,8%) étaient au stade KDIGO 2. La mortalité était de 54,5% dans notre étude. L'APACHEII était associé à un pronostic rénal défavorable avec un p significatif $< 10^{-3}$. Une infection à Klebsiella pneumoniae, un traitement par aminosides et la noradrénaline étaient également associées significativement à un pronostic rénal péjoratif avec des p respectivement à 0,04 ; $< 10^{-3}$ et 0,01. La survenue d'un état de choc ($p < 10^{-3}$), l'évolution vers un syndrome de détresse respiratoire aigu ($p < 10^{-3}$) et le recours à l'intubation ($p < 10^{-3}$) étaient significativement plus élevées dans le groupe où la fonction rénale s'est aggravée. La mortalité était également plus élevée chez les patients dont la fonction rénale s'est aggravée (100%) par rapport à la mortalité intra hospitalière générale (54,5%).

L'identification des facteurs associés à un pronostic rénal défavorable permet de mieux adapter les protocoles thérapeutiques afin de préserver la fonction rénale.

P 205 AGRESSION RENALE AIGUE: VALEUR PRONOSTIQUE CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISES POUR MENINGOENCEPHALITE

Auteurs :

L.BORSALI* (borsali.leila@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur
I.SDIRI (sdiri.ynes@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur
I.KLAI (klaiimen@outlook.fr): Réanimation médicale habib thameur
Y.GARBAA (yesminegarbaa@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur
I.BELGACEM (dr.belgacem.ines@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur
I.ZAGHDOUDI (i.zaghoudi@yahoo.fr): Réanimation médicale habib thameur
I.SEDGHIANI (sedghiani.ines@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur
N.BORSALI-FALFOUL (nebiha.borsali@rns.tn): Réanimation médicale habib thameur

L'agression rénale aiguë (ARA) est une complication fréquente chez les patients hospitalisés en réanimation. Chez les patients atteints de méningoencéphalite, l'ARA peut résulter de multiples mécanismes : sepsis sévère, hypoperfusion systémique, utilisation d'agents néphrotoxiques ou réponse inflammatoire intense.

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'association entre l'ARA et la mortalité chez les patients hospitalisés pour une méningoencéphalite confirmée.

Etude descriptive rétrospective menée sur une période de quatre ans (2022-2025) dans le service de réanimation de l'hôpital Habib Thameur Tunis. Ils ont été inclus les patients âgés de plus de 18 ans, hospitalisés pour méningoencéphalite pendant au moins 48 heures. Les patients aux antécédents d'une insuffisance rénale chronique n'ont pas été inclus dans notre cohorte. La fonction rénale a été évaluée à l'admission et au troisième jour de prise en charge.

Pendant la période d'étude, 51 patients ont été hospitalisés pour méningoencéphalite dont 44 ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen de nos patients était de 57 ± 18 ans avec un genre ratio de 2,14. Les motifs de consultation principaux étaient une altération de l'état neurologique dans un contexte fébrile (98%) et une insuffisance circulatoire aiguë (3%). Les scores APACHE II, IGS II et SOFA étaient $11,9 \pm 7$, $32,2 \pm 17,4$ et $3,14 \pm 2,9$ respectivement. Le GCS médian était de 11. L'acidose métabolique était notée dans 18% des cas à l'admission et au troisième jour de prise en charge. La survenue d'un état de choc était notée chez 23% des cas (18% état de choc septique et 5 % des cas état de choc hypovolémique). La ventilation mécanique était nécessaire pour 41% des patients. Le taux de mortalité était à 40%. L'agression rénale aiguë était identifiée comme un facteur associé à la mortalité avec un Cut off de l'urée à l'admission à 7,15 mmol/L et de la créatinine à 98,5 mmol/L. Nous avons constaté qu'une aggravation de la fonction rénale à J3 était associée au mauvais pronostic. Le tableau I résume les Cut-off, AUC, sensibilité et spécificité des marqueurs rénaux à partir des courbes ROC.

L'agression rénale aiguë est un facteur indépendant de mortalité chez les patients hospitalisés pour méningoencéphalite.

P 206 Les techniques et les modalités d'épuration extrarénale en réanimation : enquête nationale

Auteurs :

H.Galai* (hounaidagalai@gmail.com): réanimation médicale La rabta
L.Messaoud (lyndamessaoud1991@gmail.com): réanimation médicale La rabta
C.Hajri (chaimahajri@gmail.com): réanimation médicale La rabta
A.Ouhibi (ouhibiasma4@gmail.com): réanimation médicale La rabta
A.Mehdi (asmaelmahdi245@gmail.com): réanimation médicale La rabta
E.Seghir (eyaseghir91@gmail.com): réanimation médicale La rabta
A.Trifi (trifiahlem2@gmail.com): réanimation médicale La rabta
S.Abdellatif (AbdellatifSamy@gmail.com): réanimation médicale La rabta

L'insuffisance rénale aiguë constitue une complication fréquente chez les patients hospitalisés en réanimation, nécessitant parfois le recours à l'épuration extrarénale. La gestion de cette dernière s'est considérablement modernisée au cours de la dernière décennie en raison de progrès technologiques importants.

Décrire les pratiques actuelles en mettant l'accent sur la disponibilité des différentes modalités et techniques et d'explorer les préférences des cliniciens concernant leurs indications respectives, leurs avantages et inconvénients

Il s'agissait d'une enquête nationale sous la forme d'un questionnaire électronique. Le questionnaire était destiné aux cliniciens en réanimation à l'échelle nationale. Les participants ont comme consigne de ne répondre qu'une seule fois à l'enquête

L'enquête a été envoyé à 400 enquêtés dont 80 ont répondu soit un taux de réponse à 20%. La majorité des répondants exerçait en réanimation médicale (83,8 %), principalement des seniors hospitalo-universitaires (63,7%). Plus que la moitié des cliniciens (55 %) avaient reçu une formation sur l'EER, souvent une auto-éducation (65,3%). La plupart des services (78,2 %) disposaient d'un appareil d'hémodialyse et la majorité des médecins (73,7 %) avaient plus de dix ans d'expérience. La durée standard des séances était de quatre heures dans 70 % des cas. Le calcul du TRU était effectué par 80 % des praticiens. Et la séance a été jugée efficace si le TRU dépassait 65% pour 35% des participants. Les indications les plus fréquentes de l'hémodialyse étaient l'hyperkaliémie (88%), l'hyperurémie (78%), l'acidose métabolique (76%). Pour l'hémodiafiltration, 62,8 % des services disposaient d'un appareil d'HDF, mais la majorité des praticiens (83%) avaient moins de cinq ans d'expérience. La CVVHDF était la modalité continue la plus utilisée, tandis que la fraction de filtration n'était calculée que par un tiers des répondants. Les complications les plus fréquentes de l'HDF incluaient la thrombose du circuit (63%) et la thrombopénie (37%). Seuls 21,8 % des services disposaient d'un protocole définissant les indications de l'EER. L'HDF était préférée au cours de choc septique (92%) et syndrome cardio-rénal (67%), tandis que l'hémodialyse conventionnelle restait privilégiée pour les intoxications (87%) et la surcharge hydrosodée (88%). Globalement, l'HDF était jugée plus stable hémodynamiquement mais l'HD est plus simple et moins coûteuse.

Cette enquête révèle une hétérogénéité des pratiques d'EER à l'échelle nationale pouvant être expliquée par plusieurs facteurs (la formation inégale, l'absence de protocoles standardisés, la disponibilité des appareils, les préférences des cliniciens)

P 207 Comparison of the Efficacy and Safety of Citrate versus Unfractionated Heparin Anticoagulation during Continuous Hemodiafiltration in Intensive Care

Auteurs :

R.Hidri (raniahidri30@gmail.com): intensive care unit Sahloul hospital

S.Chouchene (zamitisalma92@yahoo.com): intensive care unit Sahloul hospital

H.Zouari (hajerzouari6@gmail.com): intensive care unit Sahloul hospital

S.Achouri (samarachouri@outlook.fr): intensive care unit Sahloul hospital

M.Saadaoui (saadaouimariem97@gmail.com): intensive care unit Sahloul Hospital

MS.Kraoua (medsalemkraoua@gmail.com): intensive care unit Sahloul Hospital

H.Hmouda (Houssem_hmouda@yahoo.com): intensive care unit sahloul hospital

Continuous hemodiafiltration in intensive care requires effective anticoagulation to prevent circuit clotting. Unfractionated heparin (UFH), the conventional standard, increases bleeding risk. Regional citrate anticoagulation (RCA) reduces this risk but may induce metabolic disorders. Comparing their efficacy and safety in real-life practice remains essential.

To compare the efficacy (circuit lifespan) and safety (hemorrhagic and metabolic complications) of anticoagulation with citrate versus unfractionated heparin during continuous hemodiafiltration sessions in critically ill intensive care patients.

This was a retrospective, descriptive, single-center study including adult patients treated with continuous hemodiafiltration between January 2023 and June 2024. Demographic, biological, and clinical data, as well as the type of circuit anticoagulation, were collected from medical records and dialysis logs. The main endpoints were circuit lifespan, causes of interruption, hematologic, metabolic, and neurological complications, and mortality. Statistical analyses were performed using t/Mann-Whitney and Chi²/Fisher tests, with a significance threshold set at $p < 0.05$.

Twenty patients were included and divided into two groups according to the regional anticoagulation protocol: UFH (n = 17) and citrate (n = 3). Both groups were comparable in age, APACHE II score, and major comorbidities. Males predominated in the UFH group (64.7%), while the citrate group consisted exclusively of females (100%). The causes of acute kidney injury differed between groups: acute tubular necrosis (ATN) predominated in the UFH group (64.7%), while in the citrate group, etiologies were evenly distributed among ATN, glomerular injury, and multifactorial causes (33.3% each). Mean circuit lifespan was slightly longer with citrate (55 ± 60.9 h) than with UFH (46.9 ± 53.1 h), without statistical significance ($p = 0.813$). Circuit clotting occurred in 70% of UFH sessions, versus none with citrate ($p = 0.001$), indicating superior anticoagulant efficacy of citrate. Hematological complications were dominated by thrombocytopenia (17.6%) and disseminated intravascular coagulation (29.4%) in the UFH group, while only minor hypocalcemia was observed with citrate. Metabolic and neurological complications (post-anoxic encephalopathy, seizures) were rare and similar between groups. No major bleeding was reported in the citrate group, compared to three cases of anemia under UFH. Renal outcomes were unfavorable in 90% of cases regardless of anticoagulation type. Overall mortality was high (95%) with no significant difference ($p = 1$), reflecting the severity of the included patients (APACHE II > 24).

Citrate anticoagulation showed a non-significant trend toward longer circuit lifespan and fewer complications compared with UFH. Larger prospective, randomized studies are required to confirm these findings in critically ill patients.

P 208 DYSCALCEMIA IN CRITICALLY ILL PATIENTS

Auteurs :

I.KLAI* (Klaiimen@outlook.fr): Réanimation médicale habib thameur
I.SDIRI (sdiri.ynes@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur
H.GALAI (hounaidagalai@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur
O.ELLOUZE (onsellouzesiala@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur
A.HMAIDI (hmaidiamira.96@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur
Y.GARBA (yesminegarbaa@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur
I.SEDGHIANI (sedghiani.ines@gmail.com): Réanimation médicale habib thameur
N.BORSALI-FALFOUL (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): Réanimation médicale habib thameur

Calcemia is vulnerable to fluctuations, and abnormalities in calcium levels are often overlooked in critically ill patients.

The aim of this study was to evaluate calcium disturbances and their association with phosphate levels in patients admitted to the intensive care unit (ICU).

A retrospective and descriptive study was conducted between January and March 2025 in the medical ICU. All critically ill patients admitted with dyscalcemia on admission were included. Clinical, paraclinical, and outcome-related data were collected and analyzed.

During the study period, 78 patients were admitted to the ICU, of whom 26 met the inclusion criteria. The mean age was 67.1 ± 9 years, with a male-to-female ratio of 0.69. The most common comorbidities were hypertension (68%), diabetes mellitus (45%), and dyslipidemia (42%). Hypothyroidism and chronic kidney disease were observed in 13% and 22% of patients, respectively. The mean serum calcium level was 2.03 ± 1.17 mmol/L. Hypocalcemia was more frequent (72%) than hypercalcemia (28%). Neurological manifestations, mainly seizures, were present in 59% of cases. Digestive symptoms, Troussseau's sign, and paresthesia were observed in 27%, 13%, and 36% of patients, respectively.

Mean serum phosphate, albumin, and creatinine levels were 1.44 ± 0.8 mmol/L, 33 ± 5.7 g/L, and 261 ± 285 μ mol/L, respectively. The mortality rate was 13.6%, and the mean length of stay was 4.3 ± 5 days.

Dyscalcemia is a frequent but often underrecognized disturbance in critically ill patients. Evidence regarding its definition, prognosis, and optimal management remains limited, highlighting the need for high-quality clinical research to guide effective treatment strategies.

P 209 Le diagnostic de vascularite aux urgences quand faut il y penser ? A propos d'un cas de Granulomatose de Wegener

Auteurs :

Zouari.E (emnazouari.96@gmail.com): Urgences et réanimation médicale Hopital Habib thameur
Zaghdoudi.I (i.zaghdoudi@yahoo.fr): Urgences et réanimation médicale Hopital Habib thameur
Zouaoui.R (zouaouirihab3@gmail.com): Urgences et réanimation médicale Hopital Habib thameur
Ellouze.O (onsellouzesiala@gmail.com): Urgences et réanimation médicale Hopital Habib thameur
Touj.H (hagertouj@gmail.com): Urgences et réanimation médicale Hopital Habib thameur
Falfoul.N (nebiha.borsali@fmt.utm.tn): Urgences et réanimation médicale Hopital Habib thameur

La granulomatose avec polyangéite (Wegener) est une vascularite nécrosante associant une inflammation de la paroi vasculaire des vaisseaux de petit calibre et une granulomatose, péri- et extravasculaire. Elle se caractérise dans sa forme complète par des signes ORL, une atteinte pulmonaire et une atteinte rénale. En l'absence de traitement spécifique elle peut mettre en jeu rapidement le pronostic vital par le caractère évolutif du syndrome pneumo-rénal.

Une patiente âgée de 55 ans connue pour un diabète de type 2, une hypertension artérielle et des arthralgies depuis 3 mois traitées par AINS est prise en charge aux urgences pour un sepsis (score SOFA à 4) à point de départ pulmonaire et urinaire. Elle se présente initialement avec une fièvre, dyspnée, des expectorations hématiques et des douleurs abdominales. La TDM thoraco- abdominale montre la présence d'une infiltration de la graisse péri rénale avec ectasie pyélo-calicielle droite et au niveau thoracique des plages d'hyperdensités en "verre dépoli" à distribution mixte avec épaississement des lignes septales associées à des condensations parenchymateuses parcourues par un bronchogramme aérien, bilatérales et diffuses. Après enquête infectieuse elle a été mise sous antibiothérapie à base de céfotaxime et ciprofloxacine Malgré le contrôle du sepsis, l'évolution est marquée par la non amélioration respiratoire avec une insuffisance rénale aigue rapidement progressive devenant anurique et nécessitant le recours à l'hémodialyse L'imagerie de contrôle montre la régression de l'infiltration de la graisse péri rénale, péri pyélique et péri urétérale, régression totale de l'ectasie pyélocalicielle droite avec aggravation des images en verre dépoli à la TDM thoracique Une vascularite est alors évoquée et le bilan immunologique montre un dosage des anticorps anti MPO positifs à 3++. Après concertation avec nos collègues néphrologues, l'indication à une corticothérapie à forte dose (Bolus de solumédrol) est posée et la patiente est transférée ultérieurement en Néphrologie pour suite de prise en charge avec des séances de plasmaphérèse.

Devant une atteinte multi systémique notamment un syndrome pneumo-rénal d'évolution rapidement progressive chez un patient pris en charge aux urgences, il est crucial de penser aux maladies de système car une prise en charge spécifique doit être débutée en urgence.

P 210 Facteurs prédictifs de la malnutrition chez les polytraumatisés en réanimation

Auteurs :

Sabrine Bradai (sabrine.brada2@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Malek Essaguem (malekassaguem@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Nour Kallel (nourkallel82@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Sana Kharrat (sanakharrat15@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Mabrouk Bahloul (bahloulmab@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

La malnutrition en réanimation est sous-estimée, bien qu'elle soit un facteur aggravant du pronostic des patients polytraumatisés.

Cette étude vise à identifier les facteurs prédictifs de la malnutrition au cours de la première semaine d'hospitalisation.

Notre étude prospective a inclus des polytraumatisés graves. Les patients ont été répartis en deux groupes selon un apport calorique moyen de 70% des besoins énergétiques durant la 1ère semaine : bien nourris et mal nourris. Nous avons analysé les données cliniques, biologiques, et les scores de gravité à l'admission afin de déterminer les causes de la malnutrition.

Nous avons inclus 65 polytraumatisés graves avec un âge moyen de $41,9 \pm 15$ ans et une prédominance masculine (sex ratio à 12). Dans l'analyse univariée (tableau I), la comparaison des patients bien nourris par rapport aux mal nourris a démontré que le facteur prédictif de la malnutrition durant la 1ère semaine était le score ISS (injury severity score) (16,5 vs 25,6, $p=0,013$). Un score ISS > 18,5 points à l'admission, a été associé à une malnutrition, avec une sensibilité de 60,4%, une spécificité de 64% et une aire sous la courbe ROC à 0,676.

L'identification précoce des facteurs prédictifs de la malnutrition, notamment un score ISS élevé, est essentielle pour adapter rapidement la prise en charge nutritionnelle et optimiser le pronostic des polytraumatisés graves en réanimation.

P 211 Évolution des mesures anthropométriques dans le suivi nutritionnel des polytraumatisés en réanimation

Auteurs :

Sabrine Bradai (sabrine.brada2@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Abir Dammak (abirdammakg@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Asma Rekik (rekik.asma1@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Mariem Rekik (maryemrekik123@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Mabrouk Bahloul (bahloulmab@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

Les mesures anthropométriques, bien que simples et peu coûteuses, sont couramment utilisées pour évaluer l'état nutritionnel des patients. Cependant, chez les polytraumatisés graves en réanimation, leur fiabilité est limitée en raison de nombreux biais liés aux conditions cliniques.

Cette étude évalue leur pertinence dans le suivi nutritionnel de ces patients.

Nous avons évalué l'état nutritionnel des patients en mesurant certains paramètres anthropométriques à l'admission (J1) puis à J7, J14, J21 et J28 chez des polytraumatisés graves sous alimentation artificielle hospitalisés en réanimation.

Les paramètres anthropométriques chez nos patients à l'admission et leurs évolutions durant les 4 semaines d'hospitalisation en réanimation sont représentés dans le tableau I. Au contraire de la stabilité des mesures des différents paramètres, nous avons constaté une réduction progressive de la circonférence du mollet.

Nos résultats confirment les limites des mesures anthropométriques en réanimation (1), leur lenteur de variation rendant difficile l'évaluation précoce de la dénutrition. Une approche combinant des outils plus précis est donc nécessaire.

P 212 FANCONI ANEMIA REVEALED BY SEVERE APLASTIC ANEMIA COMPLICATED WITH DISSEMINATED KAPOSI'S SARCOMA AND STAGE IV B-CELL LYMPHOMA: A FIRST REPORTED CASE

Auteurs :

G.Marzougui* (ghada.marzougui@etudiant-fmt.utm.tn): urgence Habib Bourguiba Sfax

R.Elmahjoub (mahjoub.roua99@gmail.com): urgence Habib Bourguiba Sfax

A.Nasri (nasriabdenour@gmail.com): urgence Habib Bourguiba Sfax

N.Rekik (rekiknoureddine@medecinesfax.org): urgence Habib Bourguiba Sfax

Fanconi anemia (FA) is a rare inherited bone marrow failure syndrome causing defective DNA repair, severe aplastic anemia, and cancer predisposition. We report the first case of FA complicated simultaneously by disseminated Kaposi's sarcoma (KS) and stage IV B-cell lymphoma in an HIV-negative adult.

A 25-year-old Tunisian man with no significant family history presented in February 2025 with asthenia, pallor, and fever. Laboratory tests revealed pancytopenia, and bone marrow aspiration showed severe hypoplasia (1% cellularity) without dysplasia or myelofibrosis. Viral serologies, including HIV, were negative. Lost to follow-up, he returned in July 2025 with fever, diffuse ecchymoses, and violaceous skin lesions. Biopsy confirmed disseminated Kaposi's sarcoma. Laboratory values showed profound pancytopenia (Hb 7.4 g/dL, ANC 100/mm³, platelets 2,000/mm³). He developed septicemia due to multidrug-resistant *Escherichia coli*, treated successfully with imipenem and amikacin. PET scan revealed multiple osteolytic lesions and central nervous system involvement, consistent with stage IV B-cell lymphoma. HLA typing identified a matched sibling donor. However, both hematopoietic stem cell transplantation and curative chemotherapy were contraindicated due to severe marrow failure, disseminated KS, advanced lymphoma, and ongoing sepsis. The patient received palliative care with transfusions and targeted antimicrobial therapy. He died on September 25, 2025, from refractory hematologic failure and sepsis.

This case highlights the first reported association of FA, severe aplastic anemia, disseminated KS, and stage IV B-cell lymphoma in an HIV-negative adult. It underscores the challenges of overlapping congenital and acquired immunodeficiency and the limits of therapy in resource-limited settings.

P 213 FACTEURS PRONOSTIQUES DE MORTALITÉ POST-ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE EN PRÉHOSPITALIER : ANALYSE D'UNE COHORTE DE 61 PATIENTS

Auteurs :

G.Marzougui* (ghada.marzougui@etudiant-fmt.utm.tn): urgence Habib Bourguiba Sfax

R.Elmahjoub (mahjoub.roua99@gmail.com): urgence Habib Bourguiba Sfax

H.Affes (houssemaffes@gmail.com): SAMU04 SAMU04

A.Chaari (chaariadel@medecinesfax.com): SAMU04 Samu04

L'arrêt cardio-respiratoire en préhospitalier présente une mortalité élevée. Identifier les déterminants précoce de survie permet d'optimiser la prise en charge initiale et d'améliorer l'orientation vers les services de réanimation.

Analyser les facteurs cliniques, hémodynamiques et neurologiques associés à la mortalité post-ACR en préhospitalier, afin d'identifier les déterminants majeurs de survie.

Étude rétrospective incluant 61 patients ayant présenté un ACR lors des six premiers mois de 2025 au service SAMU 04. Les données recueillies comprenaient âge, sexe, GCS, paramètres hémodynamiques, durée no-flow et low-flow, rythme initial, intubation, administration d'adrénaline, et étiologie. Des analyses bivariées ont été réalisées pour identifier les variables associées au décès, avec un seuil de significativité $p < 0,05$.

Parmi les 61 patients (âge moyen 61,9 ans ; 63,9 % hommes). La survie post-ACR en préhospitalier reste faible, estimée à 8 %. La durée médiane de no-flow était de 30 min [10–120] et celle de low-flow de 15 min [0–25]. L'intubation a été réalisée chez 26,2 % et l'adrénaline administrée chez 59 %. L'asystolie était le rythme initial chez la majorité des décès (49/61), alors que la FV/TV était moins fréquente et avait moins impact sur la survie. Les principales étiologies identifiées étaient cardiologique, septique toxiques. Les facteurs cliniques significativement associés au décès comprenaient le tabagisme, le diabète, la néoplasie, la somnolence, les convulsions, la mydriase bilatérale, et l'asystolie ($p < 0,05$). Parmi les variables continues, des durées de no-flow et low-flow plus longues étaient fortement liées à la mortalité ($p < 0,001$). L'âge montrait une tendance non significative ($p = 0,062$). Le recours à l'intubation orotracheale n'étaient pas statistiquement associés au survie. L'analyse suggère que la mortalité post-ACR est principalement déterminée par la durée de no-flow/low-flow, le rythme initial (asystolie), et l'état neurologique au moment de la prise en charge préhospitalière. Les traitements reçus reflètent la gravité plutôt qu'un effet causal.

La mortalité post-ACR en préhospitalier est fortement prédictive par la durée de no-flow/low-flow, le rythme initial et l'état neurologique initial, soulignant l'importance d'une réanimation précoce et efficace.

P 214 Malnutrition and Pressure Ulcers: A Therapeutic Challenge in Critical Care

Auteurs :

F.Z.Gamara (fatma.gamara@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous

M.Chroufa (melekchroufa@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous

A.Abderrahim (aminaabderrahim@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous

O.Smaoui* (o.smaoui@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous

N.kouraichi (n.Kouraichi@gmail.com): réanimation médicale Hôpital Yasminette Ben Arous

Pressure ulcers are associated with a high risk of morbi-mortality, especially for critical care patients. Nutritional status is commonly related to the presence and severity of pressure ulcer in individuals. However, lately these complication used to be less frequent since appropriate preventive measure are conventionally applied for all critical care patients since admission. This case describes a critically ill patient with protein-energy malnutrition who developed complicated pressure sores.

A32 male patient was admitted in our intensive care unit for acute respiratory distress syndrome with bilateral drained traumatic hemo-pneumothorax. However, persistent air leak prolonged the drain insertion and made change position impossible for several days. Multiple back pressure ulcers were noticed. Local treatments were early applied. However, additional complications occurred and ventilatory weaning was difficult. The evolution was complicated by a tracheoesophageal fistula clinically suspected and diagnosed on a chest computed tomography. Enteral nutrition through nasogastric tube was then stopped. He had parenteral one with caloric needs evaluated at 35kcal/kg daily and protein ones at 1.5g/kg per day. The patient was then operated: tracheomalacia was discovered, the patient had myotomy for fistula repairing and tracheotomy. Although early parenteral nutrition, the patient's nutritional status kept deteriorating. Biological findings showed hypoalbuminemia with a value of 14g/l, hypoproteinemia (19mol/l), hypocalcemia and hypophosphatemia despite the daily supplementation. Weight loss was speedy and healing process was very compromised: Back pressure

sores worsened to grade four and the tracheostomy port became gaping .The patient died from a septic shock on the 103th day .

Nutritional status is tightly associated with healing, This assesses the effect of nutritional status on the presence and severity of pressure ulcer in individuals

P 215 Broviac catheter versus percutaneous central venous catheter in neonates and young infants: a prospective observational study.

Auteurs :

ketata hind (ketatahind@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Hajer Gnounou (gnounouhajer8@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Salma Ben Ayed (salma-ba@live.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Olfa Cherif (olfa.cherif96@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Fares Mezghanni (fares.mezghani93@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Abir Missooui (misseoui.abir1994@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Omar Fakhfakh (omar.fakhfakh1928@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Anouar Jarraya (dranouarjarraya1983@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Broviac catheters are very common and improperly requested among neonates and young infants in our setting. The introduction of percutaneous central venous catheters in this population needs assessment. The aim of this study is to compare the difficulty of placement and the outcomes of these two types of central lines among this population.

In this prospective observational study, we included all neonates and infants under 3 months who had a central line placement in the operating room of pediatric surgery under sevoflurane sedation. Then, we compared the difficulty of placement and the outcomes of Broviac catheters versus central venous catheters. The significance level was set at $p < 0.05$

The age of the Broviac catheter group was 1.75 ± 1 versus 2.7 ± 0.9 months in the CVC group, with $p = 0.002$. The CVC placement was more difficult with a higher number of attempts ($p = 0.04$). The central line placement failed in 4 children from the CVC group versus no patient from the Broviac Group, with $p = 0.035$ and $RR = 1.125$ [1.04 - 1.556]. The incidence of complications was 50% in the Broviac group versus 30% in the CVC group, with $p = 0.138$. Broviac catheters had an increased risk of early removal when compared to CVC, with $p = 0.025$ and $RR = 3.09$ [1.013-9.45].

It seems that percutaneous CVC can be an alternative for Broviac catheters in neonates and young infants as it had comparable risk of complications and longer lifetime. Nevertheless, a CVC placement in this category of patients is more difficult and requires specific skills

P 216 Difficulties for pediatric subclavian central venous catheter placement: risk factors and outcomes.

Auteurs :

Hend Ketata (ketatahind@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Abir Missooui (missooui.abir1994@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Hajer Gnounou (gnounouhajer8@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Olfa Cherif (olfa.cherif96@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Maissa Ben Ayed (benayedmaissa1@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Salma Ben Ayed (salma-ba@live.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Anouar Jarraya (dranouarjarraya1983@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Pediatric patients often require central line treatments, which is not always an easy procedure. It is known that they have more difficult venous access than adults.

The aim of this observational study was to investigate the risk factors of difficult central venous catheter (CVC) placement and its impact on CVC-related morbidity.

In this prospective observational study, we included all children whose age was under 5 years and who required an infraclavicular subclavian vein catheterization under sedation in the operating room. Patients were divided into two groups: group E (easy) included single-attempt catheter placements, and Group D (difficult) included multiple attempts at catheter placements (2 attempts or more). The management protocol was standardized for all patients. After comparing the two groups, univariable logistic regression was used to investigate the risk factors for a failed first attempt and its impact on CVC-related morbidity.

In this study, 150 children were included: 88 in group E and 62 in group D. The incidence of difficult CVC placement was 41.3% and its main risk factors were children with comorbidities (OR=3.11; 95%CI: 1.17-8.21), hematology and oncology children (OR=5.6; 95%CI: 2.75-11.38), children with aplastic anemia (OR=3.05; 95%CI: 1.388-6.705), and anesthesia sedation with I-Gel airway ventilation (OR=9.21; 95%CI: 1.080-78.5). Furthermore, difficult CVC placement was associated with catheter-related complications with OR=3.22 [1.85-9.15].

It seems that a difficult CVC placement is frequent among the pediatric population, and it seems to increase the risk of CVC related complications. Knowledge of the main risk factors of difficult CVCs is mandatory for taking necessary precautions.

P 217 Management of central venous catheters in haematology-oncology children with a thrombocytopenia under 50000/ μ L: a prospective observational study.

Auteurs :

Hend Ketata (ketatahind@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Hajer Gnounou (gnounouhajer8@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Kais Maatallah (dr.kaysmaatallah@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Yessmine Abida (Yesmineabida@yahoo.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Wiem Elabed (wiem.elabed19@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

Omar Tergaouchi (omartergaouchi@gmail.com): Service d'anesthésie réanimation pédiatrique CHU Hedi Chaker de Sfax

The placement of a central venous catheter (CVC) in haematology-oncology children is a risky procedure, particularly when they suffer from a thrombocytopenia.

The aim of this study is to describe our experience in CVC placement in children having thrombocytopenia $<50,000/\mu\text{L}$ caused by haematological malignancy and to assess the efficiency of our platelet transfusion strategy prior to the procedure.

In this prospective observational study, we included all preschool children suffering from a haematological malignancy with a thrombocytopenia $<50000/\mu\text{L}$, proposed for CVC placement. Platelet transfusion was indicated only if the platelet level was under $20000/\mu\text{L}$. Patients were divided into two groups: Group 1 included children whose platelet count ranged from 20000 to $50000/\mu\text{L}$. Group 2 included children whose platelet count was under $20,000/\mu\text{L}$ and who received a platelet transfusion 2 hours prior to the CVC placement. Then we compared the catheter related morbidity and measured the risk ratio (RR) associated with a platelet count $<20,000/\mu\text{L}$.

Demographic data and the difficulties of the CVC placement were comparable between both groups. The incidence of bleeding and vein thrombosis were higher in group 2 with $p=0.025$ (RR=5.78; 95%CI: 1.27 – 26.2), and $p=0.005$ (RR=4.44; 95%CI:2.50- 7.90), respectively. The incidence of early removal of the CVC was reduced from 41.7% in group 1 to 7.7 % in group 2 with $p=0.026$ (RR=0.015; 95% CI: 0.013-0.99)

The CVC placement in haematology-oncology children with severe thrombocytopenia $<20000/\mu\text{L}$ has a higher risk of bleeding and thrombosis, but it is feasible and depends on the operators' habits.

P 218 Initial Assessment and Diagnostic Challenge in Penetrating Abdominal Trauma: A Case Report

Auteurs : ABSENT

fedi ben ali (fedibenali456@gmail.com): service des urgences hopital habib bourguiba Sfax

Hana kessentini (hnayen0@gmail.com): service des urgences hopital habib bourguiba Sfax

roua mahjoub (Mahjoub.roua99@gmail.com): service des urgences hopital habib bourguiba Sfax

nada boujelben (nadaboujelbene9@gmail.com): service des urgences hopital habib bourguiba Sfax

rim karray (kaaray_rim@medecinesfax.org): service des urgences hopital habib bourguiba Sfax

olfa chakroun (chakroun_olfa@medecinesfax.org): service des urgences hopital habib bourguiba Sfax

noureddine rekik (Noureddinerekik26@gmail.com): service des urgences hopital habib bourguiba Sfax

ABSENT

P 219 Éthiques infirmiers en réanimation

Auteurs : ABSENT

Thlibi rim (Rim.thlibi94@gmail.com): Reanimation polyvalente Hôpital universitaire gabes

ABSENT

P 220 La thérapie par pression négative est un adjuvant prometteur dans le traitement des escarres : A propos d'un cas

Auteurs :

Jami Imen (imenjami@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous

Gasri Bahija (bahijagasri2002@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous

Fredj Hana (fredjhanask@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous

Alouini Amenne (amenne.alouini@fmt.utm.tn): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous

Ben Massoud Souheila (sou.benmassoud@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous

Aloui Amal (alouiamal.hk@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous

Messadi Amen Allah (amen933@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous

Mokline Amel (dr.amelmokline@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous

La thérapie par pression négative (VAC-thérapie), est un moyen adjuvant prometteur pour la cicatrisation des plaies chroniques. Ceci en réduisant l'œdème tissulaire et en améliorant le flux sanguin local. Nous rapportons l'apport de cette thérapeutique dans la cicatrisation d'une escarre sacrée stade IV chez un patient brûlé.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 25 ans sans antécédents pathologiques, auteur d'une tentative de suicide par immolation lui occasionnant des brûlures profondes et étendues évaluées à 20%. Il a été intubé ventilé, et a bénéficié de réanimation et de soins locaux avec une bonne évolution clinico-biologique. Néanmoins, il a présenté à J 27 d'hospitalisation une escarre sacrée stade IV, avec une dénutrition sévère (IMC à 16, 5). Une TDM du bassin a été faite ayant éliminé une ostéite sous-jacente. Le patient a bénéficié de plusieurs temps d'excision mécanique avec un changement de pansement 1j/2 et d'une alimentation entérale hypercalorique . Après excision complète des tissus nécrotiques, Il a bénéficié de 5 séances de VAC-thérapie de durée de 6 jours chacune, associées aux soins locaux. L'évolution était favorable au bout de 25 jours, avec bourgeonnement de l'escarre (figure 1) et le patient a été mis sortant avec poursuite des soins en ambulatoire.

La thérapie par pression négative est un moyen non invasif et bénéfique dans le traitement des escarres. Ceci permet de réduire le délai de cicatrisation, la charge bactérienne et par conséquent une amélioration de la qualité de vie des patients.

P 221 Qualité de vie des femmes médecins en médecine intensive réanimation : un défi quotidien entre les contraintes professionnelles et la vie personnelle.

Auteurs :

Hana Fredj (fredjhanask@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous

Amenne Alouini (amenne.alouini@fmt.utm.tn): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous

Amal Aloui (alouiamal.hk@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous

Souheila Ben Massoud (sou.benmassoud@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous

Meriem Cheikhrouhou (cheikhrouhou.mariem@yahoo.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous
Sarra Zarrouk (sarrabenzarouk@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous
Imen Jami (imenjami@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous
Bahija Gasri (bahijagasri2002@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous
Amen Allah Messadi (amen933@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous
Amel Mokline (amel.mokline@fmt.utm.tn): Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous

La démographie médicale en médecine intensive réanimation est essentiellement féminine. Les femmes sont de ce fait contraintes de cumuler des responsabilités professionnelles et familiales. L'objectif de cette étude était d'étudier la qualité de vie des femmes médecins spécialistes en médecine intensive réanimation.

Une enquête transversale a été menée auprès de femmes médecins spécialisées en médecine intensive réanimation via un questionnaire structuré en six sections : données sociodémographiques, impact du travail sur la vie conjugale, maternité et carrière, charge mentale et bien-être, pression sociale et propositions d'amélioration, expression libre. Les réponses ont été analysées statistiquement pour identifier les facteurs associés à une meilleure ou moins bonne qualité de vie.

Soixante-sept femmes médecins réanimateurs ont répondu au questionnaire. L'âge moyen était de 35 ± 7 ans. Soixante-treize pourcent étaient en statut senior, 85% étaient en couple (tableau1). En ce qui concerne le choix de la spécialité, 70% ont indiqué n'avoir pas pris en compte l'impact de leur carrière sur leur vie conjugale et sociale. La majorité a considéré que leur travail affecte négativement leur vie de couple (66%) et que les gardes influencent leur vie intime (60%). Concernant la maternité, 78% ne se sentaient pas libres d'envisager une grossesse, 58% craignaient d'être perçues comme moins investies et 61% redoutaient un impact sur leur carrière. Soixante pourcent ont différé un projet de grossesse pour raisons professionnelles. La charge mentale liée à la conciliation travail-vie privée était élevée pour 91%, 82% se sentaient coupables de ne pas être présentes pour leur famille, et 85% étaient insatisfaites de leur équilibre vie professionnelle/vie personnelle. Seules 12% ont pu accéder régulièrement à une activité physique. Pour améliorer la qualité de vie, les participantes ont proposé principalement : un aménagement du temps de travail pour les mères (73%), des crèches dans les hôpitaux (71%), des horaires flexibles (73%), un soutien psychologique avec des mesures contre les discriminations liées à la maternité (73%), et toutes les participantes ont suggéré l'augmentation de la durée du congé de maternité.

La pérennisation de la médecine intensive réanimation passe obligatoirement par la mise en place d'une réponse adéquate à toutes les difficultés relevées par cette enquête.

P 222 Anomalie congénitale du retour veineux systémique : à propos d'un cas découvert lors d'un cathétérisme veineux central

Auteurs :

nour kallel (nourkallel82@gmail.com) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Sabrine Bradai (sabrine.brada12@gmail.com) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
firas ksentini (firas.kessentini@medecinesfax.org) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
asma rekik (rekik.asma1@gmail.com) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Hedy Chelly (chelly_hedi@medecinesfax.org) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
kamilia Chtara (kamilia.chtaraelaoud@gmail.com) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Mabrouk Bahloul (bahloulmab@gmail.com) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr) : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

Les variantes anatomiques du système veineux thoracique sont rares et souvent découvertes de manière fortuite lors d'actes invasifs. Leur méconnaissance peut exposer à des complications iatrogènes au cours du cathétérisme veineux central.

Un patient âgé de 20 ans, sans antécédents pathologiques notables, a été admis en réanimation pour prise en charge d'un polytraumatisme associant un traumatisme crânien grave avec score de Glasgow initial à 8/15. Le patient a été intubé, ventilé et sédaté puis transféré dans notre service pour prise en charge. À son admission, le patient a été conditionné par un cathéter veineux central par voie sous-clavière gauche. La radiographie thoracique post-cathétérisme a montré un trajet inhabituel du cathéter. Bien que celui-ci soit fonctionnel avec un bon retour veineux, le doute persistant sur sa position a conduit à la réalisation d'un angioscanner thoracique, qui a mis en évidence un abouchement direct de la veine sous-clavière gauche dans les cavités cardiaques droites, sans passage par le tronc veineux brachiocephalique droit, correspondant à une variante anatomique exceptionnelle. Afin d'assurer un abord veineux sûr, un deuxième cathéter a été posé par voie sous-clavière droite. La radiographie de contrôle a objectivé la présence de deux cathéters présentant des trajets distincts, tous deux fonctionnels, confirmant ainsi l'anomalie du trajet du 1^{er} cathéter veineux gauche. La littérature rapporte que la variante la plus fréquemment rencontrée du retour veineux systémique est la persistance d'une veine cave supérieure gauche, présente dans 0,3 à 0,5 % de la population générale. Cependant, l'abouchement direct de la veine sous-clavière gauche dans les cavités droites, comme dans notre observation, est exceptionnellement rare.

La découverte fortuite d'une anomalie du retour veineux systémique lors d'un cathétérisme sous-clavier met en évidence l'importance d'une interprétation rigoureuse des radiographies post-procédure et du recours à l'imagerie en cas de doute. La connaissance de ces variantes anatomiques rares permet de sécuriser les gestes invasifs en réanimation et d'adapter la stratégie de cathétérisation.

P 223 The Hidden Curriculum in Medical training: Insights from Tunisian Trainees

Auteurs :

Sarra Temani (temanisara10@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan

Khaoula Ben Ismail (khaoula.benismail@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan

Hamdi Chaabouni (hamdichaabouni@yahoo.fr): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan

Najla Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan

Boudour Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan

Fatma Essafi (essafifatma1302@gmail.com): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan

Takoua Merhabene (takouamerhabene@yahoo.fr): réanimation médicale hopital régional de Zaghouan

Beyond formal instruction, medical education conveys implicit norms, values, and expectations through everyday clinical interactions. This "hidden curriculum" significantly shapes the formation of professional identity, yet remains underexplored within Tunisian medical institutions, where cultural and organizational factors may influence its perception and impact.

To evaluate Tunisian medical residents' and interns' perceptions of the hidden curriculum and identify its main sources, focusing on equity, communication, emotional support, and professional modeling within their learning environments.

A cross-sectional descriptive Knowledge, Attitudes, and Practices study was conducted during the 2024–2025 academic year using a validated adaptation of the Hidden Curriculum Questionnaire (HCQ). The survey, comprising 33 items grouped into six domains, assessed perceptions of fairness, emotional support, communication, professional ethics, and role modeling. Responses were rated on a five-point Likert scale and analyzed quantitatively by dimension. Mean scores were calculated for each domain. Participation was voluntary, anonymous, and based on electronic informed consent. Data were collected from medical residents and interns enrolled in the four Tunisian faculties of medicine: Tunis, Monastir, Sousse, and Sfax.

A total of 116 trainees participated (mean age 28.9±2 years; gender ratio 0.38; 80% residents). Only 6.9% had previously heard of the hidden curriculum concept. Perceptions revealed major inequities in pedagogical fairness, with 61.2% perceiving favoritism, 52% reporting unfair conflict management, and 44.8% unequal access to resources. Communication deficiencies were prominent: nearly half felt

unable to express concerns (48.2%) and poorly informed about curricular reforms (52.5%). Student feedback was widely perceived as disregarded (47.4%), and reform processes as lacking transparency (57.7%). Emotional well-being emerged as critically neglected: 64.6% believed academic failures were not met with compassion, and 62% reported insufficient institutional support. Despite these negative trends, perceptions of professional conduct were more positive, most respondents agreed that unprofessional behaviors are discouraged (53.4%) and that learning by example reinforces professional values (50%). No significant differences were found between medical faculties across any of the six dimensions of the Hidden Curriculum Questionnaire ($p > 0.05$), indicating a relatively homogeneous perception nationwide. Residents reported lower mean scores for emotional support (3.1 ± 0.8 vs 3.6 ± 0.7 , $p = 0.02$) and institutional communication (2.9 ± 0.9 vs 3.4 ± 0.8 , $p = 0.03$) than interns, who rated fairness (3.7 ± 0.6 vs 3.3 ± 0.7 , $p = 0.04$) and role modeling (3.8 ± 0.5 vs 3.5 ± 0.6 , $p = 0.05$) more positively.

This study revealed significant inequities, poor communication, and insufficient emotional support within the hidden curriculum of Tunisian medical training. While professional role modeling remains a strength, systemic deficiencies in fairness and student well-being demand urgent institutional attention and reform.

P 224 Hémorragie digestive haute en réanimation : caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives

Auteurs :

Sabrine Bradai (sabrine.brada12@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
rания krichen (raniakrichen17@gmail.com): Gastrologie CHU Hedi Chaker Sfax

Jihen Bech Hamba (ji.hene988@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax
manel moalla (manel.moalla@hptmail.com): Gastrologie CHU Hedi Chaker Sfax

Mabrouk Bahloul (bahloulmab@gmail.com): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

Chokri Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

L'hémorragie digestive haute (HDH) constitue une complication fréquente et potentiellement grave chez les patients hospitalisés en réanimation. Elle peut être à l'origine de l'admission ou survenir secondairement au cours du séjour, aggravant ainsi le pronostic. L'objectif de notre travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des patients ayant présenté une HDH en réanimation.

L'objectif de notre travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des patients ayant présenté une HDH en réanimation.

Étude rétrospective observationnelle monocentrique incluant tous les patients adultes hospitalisés en réanimation entre janvier 2018 et juillet 2025, ayant présenté une HDH, qu'elle ait motivé l'admission ou soit survenue au cours du séjour. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et des comptes rendus endoscopiques.

Vingt-sept patients ont été inclus. L'âge moyen était de $68,3 \pm 9,9$ ans, avec un sex-ratio H/F de 3,5. L'indice de comorbidité de Charlson moyen était de $4,1 \pm 2,2$. Les scores SAPS II et APACHE II moyens étaient respectivement de $38,9 \pm 12,9$ et $15,2 \pm 6,9$ points. Vingt-trois patients (85,2 %) ont développé l'HDH au cours de l'hospitalisation, avec un délai médian de 11 jours. Le méléna représentait la présentation clinique la plus fréquente (59,2 %). Quatorze patients (51,8 %) ont nécessité un traitement par catécholamines et 23 (85,1 %) une transfusion. L'endoscopie digestive haute, réalisée chez 23 patients (95,8 %), a mis en évidence des lésions dans 86,9 % des cas : ulcère bulbaire (39,1 %), gastrique (13,0 %), œsophagien (17,4 %), lésions aiguës gastro-duodénales (17,4 %), rupture de varices œsophagiennes (4,3 %) et œsophagite peptique (13%). L'examen était normal dans 13% des cas. Quatre patients (14,8 %) ont nécessité un geste d'hémostase (2 endoscopiques, 2 chirurgicaux). Chez les quatre patients admis pour HDH, les scores moyens de Rockall et de Glasgow-Blatchford étaient respectivement de $6,3 \pm 1,5$ et $10,5 \pm 4,8$. La mortalité globale était de 44,4 %, survenant en moyenne 5 jours après l'épisode hémorragique. La mortalité était significativement plus élevée chez les patients ayant développé une HDH acquise en USI que chez ceux admis pour HDH (47,8 % vs 25 %, $p < 0,001$).

L'hémorragie digestive haute demeure une complication fréquente et grave en réanimation, particulièrement lorsqu'elle est acquise au cours du séjour. La mortalité reste élevée malgré les progrès des techniques diagnostiques et thérapeutiques. La prévention, notamment par une stratégie adaptée de prophylaxie des ulcères de stress et une surveillance clinique rigoureuse, demeure un élément clé pour réduire son incidence et améliorer le pronostic des patients critiques.

P 225 PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DEVENIR DES PATIENTS D'ONCOLOGIE ADMIS EN RÉANIMATION

Auteurs :

N. Aloui* (alouinada19@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
I.Trabelsi (insaf.trabelsi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
H.Brahmi (wtbrahmi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
J.Guissouma (Jihene.guissouma@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
H. Allouche (Hend.allouche@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
H.Ghadhoune (Hatem.ghadhoune@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

Les patients atteints de néoplasies représentent une part non négligeable des admissions en réanimation. Leur prise en charge complexe nécessite une meilleure compréhension de leurs caractéristiques cliniques et de leur évolution afin d'optimiser les décisions thérapeutiques et pronostiques.

Analyser le profil épidémiologique et le devenir des patients néoplasiques afin d'améliorer la prise en charge et la stratégie thérapeutique en soins intensifs.

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective monocentrique menée dans un service de réanimation médicale, étalée sur une période de 13 ans (2012-2025). Nous avons inclus tous les patients ayant une pathologie néoplasique connue ou de primodécouverte. La collecte et l'analyse de données ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 23.

L'étude a inclus 51 patients atteints de cancer admis en réanimation, avec un genre-ratio de 2,1 et un âge médian de 61 ans [56,71]. La majorité provenait du service des urgences (59%), suivis de la médecine générale (14%) et de la cardiologie (6%). Les antécédents les plus fréquents étaient l'hypertension artérielle (39%), la BPCO (25%), le diabète de type 2 (25%) et l'insuffisance rénale chronique (10%). Le tabagisme était retrouvé chez 54% des patients. La néoplasie était connue avant l'admission chez 66% des patients, nouvellement découverte chez 25%, et de primo-découverte chez 8%. Les localisations primitives étaient principalement hématologiques (23%), urologiques (21%), gynécologiques (15%) et bronchopulmonaires (15%), avec des métastases chez 17% des cas. Les traitements oncologiques en cours incluaient la chirurgie (43%), la chimiothérapie (35%), la radiothérapie (8%) et l'hormonothérapie (8%). Les scores pronostiques médians étaient : IGS II de 36[26,53], APACHE II 15[12,24], SOFA 5[2,8] et Charlson 5[3,7]. Les motifs d'admission les plus fréquents étaient la détresse respiratoire (78%), métabolique (47%), neurologique (35%) et hémodynamique (35%). La ventilation invasive a été requise chez 43% des patients et la VNI chez 53%. Les complications majeures comprenaient le choc septique (41%), l'insuffisance rénale aiguë (47%) et l'infection nosocomiale (29%). La limitation des soins a concerné 13% des patients. La mortalité globale était de 45%, tandis que 28 patients ont survécu, dont 14 ont pu regagner leur domicile.

Les patients d'oncologie admis en réanimation présentent une morbi-mortalité élevée liée à la sévérité des défaillances viscérales et aux complications infectieuses. Une évaluation précoce et individualisée demeure essentielle pour optimiser leur prise en charge et améliorer le pronostic.

P 226 EVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES TRANSFUSIONNELLES DU PERSONNEL SOIGNANT EN REANIMATION

Auteurs :

I. Trabelsi (insaf.trabelsi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
F. Kouki (fatma.kouki@fmt.utm.tn): Anesthésie-réanimation Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
E. Langar (eya.langar@fmt.utm.tn): Anesthésie-réanimation Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
C. Jannadi* (cherifajannadi6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
J.Guissouma (jihene.guissouma@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
H.Ghadhoune (hatem.ghadhoune@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

La transfusion sanguine est une thérapeutique essentielle et fréquente en milieu de réanimation. Cependant, elle n'est pas dénuée de risques, qu'ils soient immunologiques, infectieux ou métaboliques, ce qui requiert une réflexion approfondie sur ses modalités d'application.

Evaluer les connaissances et les pratiques transfusionnelles des médecins et des infirmiers exerçant en milieu de soins intensifs.

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale, menée par un questionnaire anonyme distribué aux professionnels de santé (médecins et infirmiers) exerçant dans les services de réanimation médicale et d'anesthésie-réanimation durant le mois d'août 2025.

Au total, 64 réponses ont été analysées, comprenant 20 médecins (31 %) et 44 infirmiers (69 %). Seuls 26 participants (41 %) ont déclaré la nécessité d'établir un consentement éclairé avant la transfusion, et 61 % l'importance d'informer les patients du déroulement de l'acte transfusionnel. L'interrogatoire systématique sur les antécédents transfusionnels et gynéco-obstétricaux n'a été pratiquée que par 31 % des répondants. Le second groupage sanguin a été correctement identifié par 28 participants (44 %). Concernant l'heure de la délivrance des culots globulaires ainsi que leur mode de transport, les bonnes réponses ont été de 86 % et 56 % respectivement. Seuls 13 soignants (20 %) ont répondu correctement concernant le délai transfusionnel. Le contrôle ultime pré-transfusionnel a été correctement effectué par 31 % des répondants. La vérification de l'identité du receveur et la concordance du groupage sanguin ont été réalisée par 41 participants (64 %). Après le début de la transfusion, 36 agents (56 %) ont eu de bonnes réponses concernant la durée de surveillance rapprochée, mais seuls 20 (31 %) ont pu identifier correctement les paramètres à surveiller. Enfin, 50 % des participants ont correctement reconnu les manifestations cliniques d'un incident transfusionnel, tandis que 92 % (59 soignants) ont proposé la bonne conduite à tenir à adopter en cas d'incident.

Cette étude met en évidence des lacunes significatives dans les connaissances et les pratiques transfusionnelles du personnel soignant en réanimation. Dès lors une formation continue s'avère nécessaire en adoptant des protocoles standardisés afin de sécuriser davantage la pratique transfusionnelle.

P 227 Les conditions de transport du brûlé grave vers un service spécialisé impacte-t-il son pronostic ?

Auteurs :

Amal Aloui (alouiamal.hk@gmail.com): 1. Service de réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous.

fredj hana (fredjhanask@gmail.com): 1. Service de réanimation des brûlés entre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous.
ktata imen (ketataimene@gmail.com): Service de réanimation des brûlés entre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous.
errokh ilhem (errokhines@gmail.com): Service de réanimation des brûlés entre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous.
Alouini amen (amennealouini@gmail.com): Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous
ben massoud souheila (sou.benmassoud@gmail.com): Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous
gasri bahija (bahijagasri2002@gmail.com): Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous
jami imen (imenjami@gmail.com): Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous
Messaadi Amen Allah (amen933@gmail.com): Service de réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous
Mokline Amel (amel.mokline@fmt.utm.tn): Service de réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous

La qualité de la prise en charge initiale du brûlé grave impacte son pronostic à court, à moyen et à long terme.

Etudier l'impact des conditions de transport des patients brûlés graves vers un centre spécialisé sur leur pronostic.

étude prospective descriptive monocentrique mené au service de réanimation des brûlés sur une période de 17 mois d'janvier 2024 jusqu'au Mai 2025. Ont été inclus les patients brûlés âgés de plus de 18 ans, transférés secondairement. Les patients admis via un transport médicalisé (G1) étaient comparés à ceux admis via un transport non médicalisé (G2).

Durant la période d'étude, 960 patients ont été admis dont 230 transférés secondairement. Parmi eux 95 ont été transférés par un transport médicalisé (41%) (G1) et 135 par un transport non médicalisé (G2) (59%). Les deux groupes étaient comparables en termes d'âge (G1: 31,4 ans (30,5-39 ans) versus G2: 28 ans (25-37 ans); $p=0.1$) et de SCB (G1: $36,4\pm15\%$, G2: $33,7\pm8\%$; $p=0.09$). Le transport non médicalisé était associé à une augmentation de la fréquence de survenue d'un état de choc hypovolémique ($p=0.04$), de la dose de noradrénaline ($p=0.01$), de la survenue d'acidose métabolique hyperchlémique ($p=0.04$), et de l'œdème de la face ($p=0.02$), la survenue de sepsis précoce ($p=0.01$), avec un nombre plus important d'épisodes septiques ($p=0.04$), une durée de ventilation mécanique plus prolongée ($p=0.02$) et une mortalité plus élevée ($p=0.03$).

le transport non médicalisé des patients brûlés grave dans un service spécialisé est associé à une morbi-mortalité importante. De ce fait optimiser les conditions de transport permet d'améliorer le pronostic.

P 228 FACTEURS PREDICTIFS DE MORTALITE DES PATIENTS D'ONCOLOGIE HOSPITALISES EN REANIMATION

Auteurs :

Insaf Trabelsi (insaf.trabelsi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
N. Aloui* (alouinada19@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
H.Brahmi (wtbrahmi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
J.Guissouma (Jihene.guissouma@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
H. Allouche (Hend.allouche@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

H.Ghadhoune (hatem.ghadhoune@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

L'admission en réanimation des patients d'oncologie soulève des défis complexes. Malgré les avancés thérapeutiques, la mortalité demeure élevée. L'analyse des déterminants pronostiques permettra de mieux stratifier les risques et de rationnaliser l'utilisation des ressources des soins intensifs.

Etudier les particularités des patients néoplasiques admis en réanimation et identifier les principaux facteurs prédictifs de mortalité.

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective monocentrique menée dans un service de réanimation médicale étalée sur une période de 13 ans (2012-2025). Nous avons inclus tous les patients ayant une pathologie néoplasique connue ou de primodécouverte. La collecte et l'analyse de données ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 23.

L'étude a porté sur 51 patients d'oncologie admis en réanimation. Le genre-ratio était de 2.1, avec un âge médian de 61 ans [56-71]. Les cancers d'origine hématologique (23 %), urologique (21 %), gynécologique (15 %) et bronchopulmonaire (15 %) représentaient les principales localisations primitives, avec des métastases observées chez 17 % des patients. Les scores pronostiques moyens étaient les suivants : IGS II à 36 [26-53], APACHE II à 15 [12-24], SOFA à 5 [2-8] et Charlson à 5 [3-7]. Le principal motif d'admission était la détresse respiratoire (78 %). Une ventilation mécanique invasive a été nécessaire chez 43 % des patients, tandis que la ventilation non invasive a été utilisée chez 53 %. Les complications majeures observées étaient le choc septique (41 %), l'insuffisance rénale aiguë (47 %) et l'infection nosocomiale (29 %). Une limitation des thérapeutiques actives a été décidée pour 13 % des patients. La durée médiane de séjour en réanimation était de 6 [3-8] jours. La mortalité globale s'élevait à 45%. L'analyse univariée a montré une association significative entre la mortalité et plusieurs facteurs : chimiothérapie en cours ($p=0,022$), troubles métaboliques($p=0,019$), ventilation invasive ($p<10-3$), état de choc septique ($p=0,02$), SDRA ($p=0,01$), insuffisance rénale aiguë ($p<10-3$) et scores de gravité élevés: IGS II ($p<10-3$), APACHE II ($p=0,02$), SOFA ($p<10-3$). En analyse multivariée, les facteurs indépendamment associés à la mortalité étaient un score APACHEII>24.5, un SOFA>5.5, l'état de choc septique et les troubles métaboliques.

Les patients d'oncologie admis en réanimation présentent une morbi-mortalité élevée liée à la sévérité des défaillances viscérales et aux complications infectieuses. Une évaluation précoce et individualisée demeure essentielle pour optimiser leur prise en charge et améliorer le pronostic.

P 229 Hémorragie massive secondaire à une érosion du tronc brachiocéphalique après trachéotomie chez un patient irradié pour gliome du tronc cérébral: une complication rare et mortelle

Auteurs :

Dhouha Belgacem (dhouhabelgacem@gmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul

Hajer Zouari (hajerzouari6@gmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul

Rafla Ben Dabebiss (rafla_bendabebiss@hotmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul

Abir Chihaoui (abirchihaoui123@gmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul

Rania Hidri (rannouch.hidri6@gmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul

Mohamed Salem Kraoua (medsalemkraoua@gmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul

Salma Chouchène (zamitisalma92@yahoo.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul

Mariem Saadaoui (saadaoui.mariem97@gmail.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul

Houssem Hmouda (houssem_hmouda@yahoo.com): Reanimation Medicale CHU Sahloul

La trachéotomie, geste courant en réanimation, facilite le sevrage ventilatoire et l'aspiration trachéale. Toutefois, elle n'est pas dénuée de risques. Ses complications précoces ou tardives, parfois graves, nécessitent une surveillance rigoureuse et une prise en charge adaptée.

Nous rapportons le cas d'un adolescent de 15 ans, diagnostiqué en septembre 2024 d'un gliome du tronc cérébral révélé par des céphalées intenses, une aphacie et un déficit moteur entraînant une incapacité quasi totale à la marche. Le patient a reçu 27 séances de radiothérapie sur deux mois (rythme d'une séance un jour sur deux), avec une amélioration clinique initiale notable. Cependant, quelques semaines plus tard, il a présenté une détresse respiratoire associée à une aggravation des troubles de la déglutition et une altération de la conscience. Il a été intubé aux urgences puis transféré dans notre service pour prise en charge spécialisée. L'IRM cérébrale montrait une légère augmentation du volume tumoral avec dilatation ventriculaire modérée, sans critère d'hydrocéphalie ni indication opératoire selon l'avis neurochirurgical. Le diagnostic retenu était une hypoventilation alvéolaire centrale par envahissement tumoral du tronc cérébral, associée à une broncho-pneumopathie d'inhalation. Compte tenu de l'origine centrale de l'hypoventilation et des troubles de la déglutition, une trachéotomie a été réalisée au bloc opératoire au niveau du 4ème anneau trachéal. L'évolution était marquée par une amélioration progressive : sevrage ventilatoire complet, mise en place d'une canule à double chemise, reprise de l'alimentation orale et sortie à domicile sous 1l/min d'O₂. Une semaine après sa sortie, le patient a été réadmis pour hémorragie massive par l'orifice de trachéotomie. Le scanner cervico-thoracique a révélé une fistule trachéo-artérielle sur le tronc brachio-céphalique liée à une trachéotomie basse. Malgré une reprise chirurgicale urgente, l'évolution était fatale. La trachéotomie, expose à des complications potentiellement létales notamment la fistule trachéo-artérielle par érosion du tronc brachéocéphalique. La prévention repose sur la technique opératoire parfaite, ainsi qu'une surveillance clinique étroite, particulièrement après la sortie de réanimation.

P 230 Clinical Impact of Thrombocytopenia in the ICU: Incidence, Causes, and Outcomes

Auteurs :

Mohamed Aziz Fehri (fehriaziz7@gmail.com): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan

Najla Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan

Boudour Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan

Khaoula Ben Ismail (khaoula.benismail@gmail.com): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan

Hamdi Chaabouni (hamdichaabouni@yahoo.fr): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan

Taysir El Kamel (Taysirelkamel@gmail.com): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan

Fatma Essafi (essafifatma1302@gmail.com): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan

Takoua Merhabene (takoua.merhabene@fmt.utm.tn): Service de réanimation médicale l'hôpital régional de Zaghouan

Thrombocytopenia, defined as a platelet count below 150 000/mm³, is common in intensive care units. It results from multiple mechanisms, including consumption, destruction, sequestration, or dilution, and is associated with higher bleeding risk, increased transfusions, and elevated mortality.

To determine the incidence, causes, and clinical outcomes of thrombocytopenia in critically ill patients.

It was a retrospective, single-center, descriptive study including patients admitted to the intensive care unit (ICU) of Zaghouan's regional hospital between July 2023 and December 2024 for more than 48 hours, who developed thrombocytopenia (Platelets<150 000/mm³) during their hospitalization. Demographic, clinical, therapeutic, and outcome data of the patients were collected. The platelet count was recorded throughout the ICU stay.

During the study period, 57 patients were included, representing a thrombocytopenia incidence of 32%. The mean age was 56.7 ± 19 years, with a male predominance of 68%. The most frequent

comorbidities were hypertension (19%) and diabetes (15%), while chronic liver disease and active cancer were only present in 3 (5%) and 2 (3%) patients, respectively. Mean severity scores at admission APACHE II and SAPS II were respectively 14 ± 8 and 36 ± 18 . Among included patients, 42 (74%) required orotracheal intubation, 47 (82%) needed vasopressors, and 9 (15%) underwent renal replacement therapy. The main ICU admission diagnoses were sepsis (19 patients, 33%) and polytrauma (12 patients, 21%). At ICU admission, 17 patients (30%) already had thrombocytopenia, while 40 patients (70%) developed it during their stay. The nadir platelet count occurred on day 4 ± 3 of hospitalization, with a mean value of $98315\pm 34673/\text{mm}^3$. A descending platelet trajectory was predominant among non-survivors (94%) compared to survivors (57%), while stable or ascending trends were mainly associated with survival. The leading causes of thrombocytopenia were sepsis 21 (36%), trauma 5 (8%), drug-induced 5 (8%), disseminated intravascular coagulation 3 (5%) and heparin-induced thrombocytopenia 2 (3%). Complications included active bleeding without shock in 15 patients (26%) and hemorrhagic shock in 9 patients (10%). Blood product transfusions were required in 22 patients (38%). Overall ICU mortality was 43%. The main causes of death of the included patients were septic shock (25%) and multiorgan failure (31%).

Thrombocytopenia is frequent in critically ill patients and predicts worse outcomes. Close monitoring and early intervention are essential to prevent bleeding complications and improve survival in the ICU.

P 231 Annonce du décès en réanimation : étude qualitative auprès de professionnels de santé

Auteurs :

Sarra Temani (temanisara10@gmail.com): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan
Khaoula Ben Ismail (khaoula.benismail@gmail.com): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan
Hamdi Chaabouni (hamdichaabouni@yahoo.fr): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan
Najla Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan
Boudour Ben Dhia (bidourabdbg2014@gmail.com): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan
Fatma Essafi (essafifatma1302@gmail.com): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan
Takoua Merhabene (takouamerhabene@yahoo.fr): réanimation médicale hopital regional de Zaghouan

L'annonce du décès constitue une tâche complexe et émotionnellement éprouvante pour les soignants. En l'absence de formation spécifique ou de soutien institutionnel, cette responsabilité repose principalement sur l'expérience individuelle et l'observation des collègues seniors pour gérer communication et émotions.

Cette étude visait à explorer les pratiques, expériences et besoins des professionnels de santé lors de l'annonce du décès, ainsi que les facteurs influençant la communication et la charge émotionnelle. Une étude qualitative exploratoire a été réalisée auprès de six professionnels exerçant en réanimation, médecine d'urgence et médecine légale. Des entretiens semi-structurés ont été enregistrés, retranscrits intégralement et analysés selon une approche thématique. L'échantillonnage a été raisonné pour garantir une diversité d'expérience, d'âge et de spécialité. L'analyse a suivi un processus itératif afin d'identifier les thèmes récurrents, les perspectives et les difficultés rencontrées. Les thèmes ont été organisés autour des circonstances du décès, des stratégies de communication, de l'impact émotionnel et des besoins en formation et soutien psychologique. Le respect de la confidentialité et l'approbation éthique ont été strictement observés.

Les six participants (âge moyen $34,2 \pm 5,8$ ans, sex-ratio H/F 0,6) ont permis d'identifier quatre thèmes principaux. Circonstances du décès et moments précédents : l'état clinique du patient, les événements inattendus et le contexte organisationnel influençait la perception du décès et l'approche de son annonce. La charge de travail élevée, les situations d'urgence et les gardes de nuit compliquaient souvent le processus. Difficultés de communication : l'absence de protocoles standardisés, les attentes familiales variables et les normes culturelles modulaient la manière de transmettre l'information. Les soignants adaptaient fréquemment leur discours à la compréhension et à l'état émotionnel des proches.

Impact émotionnel : l'annonce générait stress, frustration, sentiment d'impuissance ou de culpabilité, parfois suivi d'une désensibilisation progressive. Des répercussions sur la vie personnelle et la performance professionnelle ont été rapportées. Besoins en formation et soutien : tous ont souligné le manque de formation formelle et de soutien psychologique. L'apprentissage restait expérientiel, basé sur l'observation des collègues seniors ou l'expérience personnelle. Les participants ont plaidé pour des curricula structurés, des ateliers de communication et des dispositifs institutionnels de soutien émotionnel, considérant la préparation et l'accompagnement essentiels pour le bien-être des cliniciens et une communication efficace centrée sur la famille.

L'annonce du décès demeure une tâche émotionnellement exigeante, réalisée sans directives ni soutien formels. Des programmes de formation, des ateliers de communication et un accompagnement institutionnel sont indispensables pour améliorer la compétence des soignants et leur bien-être émotionnel.

P 232 Mobilisation précoce en réanimation : bénéfices et risques

Auteurs :

Samar Achouri (samarachouri@outlook.fr): stage optionnel de néphrologie Sahloul

Hajer Zouari (hajerzouari6@gmail.com): réanimation médicale Sahloul

Rafla Ben debebiss (rafla_bendebebiss@hotmail.com): réanimation médicale Sahloul

Dhouha Belgacem (dhouhabelgacem@gmail.com): réanimation mdicale Sahloul

Rania Hidri (rannouch.hidri6@gmail.com): réanimation médicale Sahloul

Mohamed Salem Kraoua (medsalemkraoua@gmail.com): stage optionnel réanimation médicale Sahloul

Mariem Saadaoui (Saadaouimariem97@gmail.com): stage optionnel réanimation médicale Sahloul

Houssem Hmouda (houssem_hmouda@yahoo.com): réanimation médicale Sahloul

La mobilisation précoce en réanimation est une approche thérapeutique visant à limiter les complications de l'immobilité prolongée comme les anomalies neuromusculaires précoces ou les séquelles fonctionnelles à long terme. Les événements indésirables, rares, sont principalement des désaturations et altérations hémodynamiques transitoires.

Il s'agit d'un patient âgé de 77 ans, ayant comme antécédents une hémiplégie droite séquellaire d'un AVC ischémique, traité par apixaban, et une fracture perthrochantérienne opérée il y a un. Il a été admis en réanimation médicale pour prise en charge d'une pneumopathie aiguë communautaire grave, compliquée d'un état de choc septique et d'une insuffisance rénale fonctionnelle. Une antibiothérapie probabiliste par céfotaxime et lévofloxacine a été instaurée, associée à une oxygénothérapie à haut débit (OHD). L'échocardiographie objectivait une fonction systolique modérément altérée (FEVG à 45 %). Une mobilisation précoce passive et active au lit, associée à une kinésithérapie respiratoire, a été initiée dès l'admission, permettant une amélioration progressive de l'état respiratoire et un sevrage de l'OHD au bout de 5 jours, avec maintien d'une oxygénothérapie à 4 L/min. Le patient a ensuite été installé au bord du lit avec poursuite de la mobilisation active des membres inférieurs, bien tolérée sur le plan hémodynamique et respiratoire. Au 16^e jour d'hospitalisation, lors du passage au fauteuil, le patient a présenté une hypotension brutale associée à une altération de l'état neurologique. Il a été remis au lit et un remplissage vasculaire a permis une amélioration de la conscience. L'ECG réalisé en urgence a mis en évidence un STEMI apicalatéral, confirmé par une élévation des troponines. Une coronarographie urgente, réalisée, a objectivé une occlusion de l'IVA distale et des sténoses coronaires multiples. Une angioplastie avec pose de stent actif a été effectuée, avec bonne évolution initiale.

La mobilisation précoce en réanimation améliore le pronostic fonctionnel et la qualité de vie, mais requiert une évaluation rigoureuse de la tolérance du patient et une coordination interdisciplinaire étroite.

P 233 Iatrogenic Horner's Syndrome Following Central Venous Catheterization: A Case Report and literature review.

Auteurs :

Samar Achouri (samarachouri@outlook.fr): stage optionnel de néphrologie Sahloul
Hajer Zouari (hajerzouari6@gmail.com): réanimation médicale Sahloul
Rafla Ben debebiss (rafla_bendebebiss@hotmail.com): réanimation médicale Sahloul
Rania Hidri (rannouch.hidri6@gmail.com): réanimation mdicale Sahloul
Dhouha Belgacem (dhouhabelgacem@gmail.com): réanimation médicale Sahloul
Salma Chouchene (zamitisalma92@yahoo.com): réanimation médicale Sahloul
Mariem Saadaoui (Saadaouimariem97@gmail.com): stage optionnel réanimation médicale Sahloul
%ohammed Salem Kraoua (medsalemkraoua@gmail.com): réanimation médicale Sahloul
Houssem Hmouda (houssem_hmouda@yahoo.com): réanimation médicale Sahloul

Horner's Syndrom is a neurological disorder resulting from the disruption of the sympathetic nerve supply. It's characterized by the triad of myosis, ptosis, and anhidrosis. Common causes are cerebrovascular events, neoplastic processes, and carotid artery dissection. Iatrogenic causes remain rare.

A 54-year-old male patient with no prior medical history was transferred to the ICU for severe community-acquired pneumonia, complicated by acute respiratory distress syndrome (ARDS) and anaphylactic shock following the administration of penicillins in the emergency department, requiring mechanical ventilation. A central venous catheter was placed via the right internal jugular vein for fluid and drug administration. No immediate complications were observed. On day 8 of management, following clinical improvement of the respiratory status, sedation was discontinued. The patient exhibited a calm awakening with preserved respiratory mechanics, which enabled successful extubation. Shortly after extubation, right-sided ptosis and constricted pupil were observed. Neurological examination revealed anisocoria more pronounced in dim light, without oculomotor deficit or heterochromia. No additional neurological abnormalities were noted. Magnetic resonance imaging (MRI) of the brain and cervical region was unremarkable, ruling out carotid dissection, apical lung tumor or cerebrovascular events. The diagnosis of iatrogenic Horner's syndrome was established. No special treatment was neeeded and partial improvement was noted on follow-up (after 3 weeks).

Iatrogenic causes of Horner's syndrome have been increasingly documented in the literature. Central venous catheterization—particularly via the internal jugular vein—poses a potential risk to the cervical sympathetic chain. Mechanisms include direct trauma, compression by hematoma, or local inflammation.

P 234 CONNAISSANCES DES RESIDENTS ET DES INFIRMIERS A PROPOS DE LA TRANSPLANTATION RENALE EN TUNISIE : ETUDE DESCRIPTIVE

Auteurs :

Y.Soussi* (yesminesoussi737@yahoo.com): réanimation médicale Hôpital régional Ben Arous
F.Gamara (fatma.gamara@gmail.com): réanimation médicale Hôpital régional Ben Arous
S.Charfi (dr.charfiselima@gmail.com): réanimation médicale Hôpital régional Ben Arous
M.Sghaier (sr62malek@gmail.com): réanimation médicale Hôpital régional Ben Arous
M.Chroufa (docteurchroufa@gmail.com): réanimation médicale Hôpital régional Ben Arous
S.Amri (medslim.amri@gmail.com): réanimation médicale Hôpital régional Ben Arous
A.Ben Abderrahim (aminabenabderrahim1@gmail.com): réanimation médicale Hôpital régional Ben Arous
N.Kouraichi (na.kouraichi@gmail.com): réanimation médicale Hôpital régional Ben Arous

La transplantation rénale (TR) est l'un des meilleurs choix thérapeutiques pour les malades en insuffisance rénale chronique terminale. En Tunisie, comme tout pays du tiers monde, elle nécessite encore d'énormes efforts pour se développer. Elle est même insuffisamment connue.

Dans ce cadre, l'objectif de notre étude était d'évaluer les connaissances des médecins en formation et des infirmiers à propos de la TR.

Nous avons diffusé un questionnaire en ligne en utilisant Google Forms. Notre public cible était les médecins en formation et les infirmiers. Les données ont été analysées par le logiciel Excel.

Nous avons colligé 43 réponses. L'âge moyen était $29,44 \pm 4,79$ ans [22;45]. Le sexe ratio Homme/Femme était de 0,16. La majorité des répondants était des résidents (67%; n=29). Quarante quatre pour cent (n=13) étaient des réanimateurs. Onze répondants étaient des résidents séniors (38%). Notre échantillon d'étude a inclus également 14 infirmiers. Pour quatre répondants (2 résidents et 2 infirmiers), la transplantation n'est possible qu'à partir d'un donneur vivant. Un seul infirmier ignore l'existence d'une loi qui organise la TR en Tunisie. Pour les résidents, une compatibilité HLA ou rhésus était obligatoire dans 59% (n=17) et 31% (n=9) des cas respectivement. Soixante pour cent des répondants (n=26) ne connaissent pas le nombre exact des établissements autorisés à réaliser la TR. Huit participants supposent qu'elle peut se faire dans le secteur privé. Une minorité (n=8 ; 18%) pense que l'organisation générale de la greffe d'organe est faite par le ministère de la santé publique. La mise sous immunosupresseurs était pour 6 mois, 1 an, 10 ans et à vie dans 4% (n=2), 14% (n=6), 12% (n=5) et 70% (n=30) des cas respectivement. Cinquante-et-un pour cent (n=22) des participants ont considéré une infection contrôlée par le Virus de l'Immunodéficience Humaine comme une contre indication à la TR. Vingt pour cent (n=9) ont jugé qu'une colonisation bactérienne asymptomatique chez le receveur doit l'empêcher. Trois résidents n'ont pas exclu du don les candidats avec tumeur maligne active. La religion était l'obstacle principal à la TR pour onze répondants (25%).

Une meilleure connaissance de la TR de la part du personnel soignant et des médecins en formation est souhaitable afin de pouvoir développer ce domaine.

P 235 Une encéphalite herpétique de gravité particulière : à propos d'un cas

Auteurs :

N.Foudhaili* (foudhailin@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef
O.Saadaoui (osaadaoui122@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef
W.Brahmi (brahmiwala@gmail.com): Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional du Kef
S.Khabouchi (khabouchisirine@gmail.com): Service des Urgences Hôpital Régional du Kef

L'encéphalite herpétique est une pathologie grave ayant une lourde morbi-mortalité même chez le sujet jeune immunocompétent.

Il s'agissait d'un homme âgé de 32 ans, obèse, admis pour prise en charge d'une encéphalite herpétique symptomatique de confusion fébrile et d'agitation. La ponction lombaire a montré une pléioctyose à formule panachée et faiblement hémorragique. L'IRM initiale était sans anomalies et le diagnostic d'encéphalite herpétique était retenu sur les données de la PCR sur LCR. Le patient a été intubé et mis sous aciclovir et dexaméthasone. L'IRM de contrôle réalisée à J5 a montré des lésions particulièrement étendues : bi frontales, thalamiques, insulaires et pariéto-temporal gauches. Par ailleurs, le patient présentait au scanner thoracique des lésions en verre dépoli faisant évoquer une pneumopathie virale. L'origine herpétique a été retenue sur la PCR réalisée sur aspiration trachéale. L'évolution était favorable initialement avec réveil et extubation. A J19, le patient a présenté une réaggravation de l'état neurologique. La PL a éliminé une réactivation virale et l'IRM a montré l'apparition de nouvelles anomalies de signal en cortico-sous corticale temporales internes en faveur d'une encéphalite limbique. L'évolution était défavorable avec décès à J27.

L'encéphalite herpétique reste une pathologie grave malgré la prise en charge précoce et adaptée du fait d'une part des conséquences cliniques, et d'autre part, des risques de réactivation, d'encéphalite auto-immune et d'atteinte pulmonaire associée.

P 236 Retour d'expérience des patients après un séjour en réanimation : évaluation de la satisfaction

Auteurs :

Yosra Kharrat (yosrakharrat@yahoo.fr): service de réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

Samia Ayed (samia.ayed@yahoo.fr): service de réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

Selim Sellaouti (sellaaoutiselim@gmail.com): service de réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

Nacef Ben Mrad (nacefbenmrad@gmail.com): service de réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

Emna Rachdi (e.rachdi@yahoo.fr): service de réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami Ariana
Amira Jamoussi (dr.amira.jamoussi@gmail.com): service de réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

Jalila Ben Khelil (jalilabenkhelil@yahoo.fr): service de Réanimation Médicale Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

Le séjour en réanimation représente une épreuve particulièrement difficile pour les patients, tant sur le plan physique que psychologique. Cependant, peu d'études se sont focalisées sur le ressenti direct des patients, la majorité étant centrées sur l'avis des proches. Dans ce contexte, l'évaluation de la satisfaction des patients à l'égard des soins reçus en réanimation revêt une importance capitale et s'impose comme un indicateur clé de la qualité des soins.

Évaluer la satisfaction des patients par rapport à la qualité des soins reçus en réanimation.

Il s'agissait d'une étude prospective, menée de Juillet à Septembre 2025 au service de réanimation, incluant les patients adultes ayant évolué favorablement vers la sortie et ayant donné leur consentement à répondre au questionnaire. La satisfaction des patients a été évaluée au moyen d'un questionnaire anonyme de 32 items répartis en trois domaines clés: l'Accueil, la Prise en charge, et les Conditions de séjour. Les options de réponse étaient basées sur une échelle de satisfaction en 4 points (de 1 : pas du tout satisfait, à 4 : très satisfait). Le questionnaire a été établi en langue arabe et française et dispensé aux patients à la sortie de la réanimation.

Cinquante patients avaient répondu au questionnaire durant la période de l'étude. L'âge médian était de 60 ans [45-72] avec un genre ratio de 1,4. Concernant la qualité de l'accueil, 52% des patients avaient exprimé une satisfaction totale. Pour la prise en charge au sein du service, 92% des répondants ont déclarés être satisfaits des informations fournies par le personnel médical et paramédical à propos des soins dispensés. La prise en charge de la douleur avait été jugée satisfaisante à très satisfaisante dans 69,4% des cas. Le confort de la chambre avait également été apprécié, avec 76% des répondants le jugeant satisfaisant. Le respect de l'intimité et de la confidentialité avait été jugé très satisfaisant par 72% des patients. En revanche, 56% des patients étaient peu satisfaits de la qualité du sommeil, et 42% étaient gênés par l'ambiance sonore. D'autre part, 6% des participants avaient exprimé leur insatisfaction quant à la disponibilité du personnel paramédical, et 10% peu satisfaits du corps médical. La majorité des personnes interrogées avaient exprimé une insatisfaction concernant l'autorisation de visite de leurs proches. Concernant l'appréciation globale du séjour, 50% des patients étaient très satisfaits, 40% satisfaits et 10% peu satisfaits. Enfin, 93,6% des patients avaient indiqué qu'ils recommanderaient notre service à d'autres malades.

Notre étude a mis en évidence un niveau global de satisfaction élevé parmi les patients ayant séjourné en réanimation, notamment en ce qui concerne la qualité de l'accueil, la prise en charge médicale et le respect de la confidentialité. Néanmoins, certains aspects restent perfectibles, tels que la gestion du sommeil, l'ambiance sonore et la visite des proches. Ces résultats soulignent l'importance d'une approche centrée sur le patient pour une amélioration ciblée de la qualité des soins en réanimation.

P 237 SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE SECONDAIRE À UN TRAUMATISME CRÂNIEN GRAVE : À PROPOS D'UN CAS

Auteurs :

F.Houri* (hourifadwa@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax
N.Baccouch (baccouch.najeh@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax
M.Saguem (malekassaguem@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax
H.Chelly (hedi.chelly@rns.tn): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax
M.Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax
C.Ben Hmida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax

Le traumatisme crânien constitue une cause majeure de mortalité et de morbidité, du fait des lésions cérébrales primaires, mais aussi par ses complications. Nous rapportons le cas d'un syndrome d'activation macrophagique secondaire à un traumatisme crânien, étant une complication rare.

Un homme âgé de 82 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle et de diabète, a été admis dans notre service de réanimation à la suite d'un accident domestique occasionnant un traumatisme crânien grave. A l'examen, le patient était sédaté intubé ventilé en mode VAC et stable sur le plan hémodynamique. La tomodensitométrie cérébrale initiale a montré une hémorragie méningée et une hémorragie intraventriculaire de moyenne abondance. L'IRM cérébrale a objectivé des lésions axonales diffuses grade 2. L'évolution été marquée à J4 par l'apparition d'une bocytopénie (anémie et thrombopénie). Nous avons complété par un bilan qui montré un taux de ferritinémie élevé et un taux de triglycérides normal. Une échographie abdominale a objectivé une splénomégalie. Un myélogramme a mis en évidence une hémaphagocytose. Les prélèvements bactériologiques ont été négatifs. Nous avons retenu le diagnostic de syndrome d'activation macrophagique (SAM) induit par un traumatisme crânien grave, en l'absence d'une autre éventuelle étiologie du SAM. Sa physiopathologie pourrait être expliquée par la réaction inflammatoire intense au cours de la phase initiale de l'agression cérébrale. Le patient a été mis sous corticothérapie. L'évolution a été initialement favorable marquée par la disparition de la bocytopénie. Après 3 semaines, le patient a été décédé à la suite de complications septiques. Le syndrome d'activation macrophagique est une complication exceptionnelle, mais possible du traumatisme crânien grave. La réalisation d'un myélogramme devant une thrombopénie survenant chez le traumatisé du crâne pourrait aider à diagnostiquer cette complication.



P 238 Facteurs associés aux séjours prolongés en réanimation médicale

Auteurs :

N. Mizouri (nadamizouri27@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia
H. Nouira (nouirahajer@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia
R. Karoui (rahmakaroui97@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia
S. chtioui (souma.chtioui@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia
M. Fekih Hassen (mohamed.fekihhassen1@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia
H. Ben SikAli (Habiba.sikali@hotmail.fr): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia
S. Elatrous (souheilatrous@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia

Les progrès des soins intensifs ont permis une réduction de la mortalité, mais de nombreux patients présentent désormais des séjours prolongés, définis par une durée supérieure à 21 jours. L'identification précoce de ces patients représente un enjeu majeur. Identifier les facteurs cliniques, biologiques, liés à la prise en charge et aux résultats qui sont associés aux séjours prolongés (> 21 jours) chez les patients admis en réanimation

Étude observationnelle, analytique, prospective et monocentrique. Inclusion : tous les patients adultes (≥ 18 ans) admis en réanimation médicale de mahdia durant l'année 2024 Exclusion : patients transférés d'une autre réanimation avec un séjour > 48 h, et décès ou sortie avant 24h. Les patients ont été répartis en deux groupes selon la durée de séjour en réanimation : Séjour prolongé : durée > 21 jours et Séjour non prolongé : durée ≤ 21 jours puis on a procédé à une analyse uni- et multivariée. Au total, 240 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge médian était de 64 ans, avec un IQR de 49 à 72 ans. Plus que la moitié des participants (55 %) étaient de sexe masculin. La médiane du score SOFA était de 7 [IQR :5–10].Les comorbidités les plus fréquentes étaient: le diabète (26.5 %), les affections cardiaques (25.8 %) . A l'admission, l'insuffisance respiratoire aigue était le motif le plus fréquent (32,5 %), suivie de l'état de choc (23.8%). Une ventilation mécanique invasive a été nécessaire chez 51% des patients, avec une durée médiane de ventilation de 15jours [IQR : 5–27]. La durée médiane de séjour en réanimation était de 12 jours [IQR : 6–27] et l'incidence des séjours prolongés (> 21 jours) atteignait 34 %. La mortalité globale était de 44 % En analyse univariée, les patients ayant un séjour prolongé (>21 jours) présentaient un score SOFA initial significativement plus faible (6 [IQR : 4–8] vs 8 [IQR : 6–11]p<10⁻³) et une durée médiane de ventilation mécanique nettement plus longue (26 [IQR : 19–29] vs 6 [IQR : 2–12] p<10⁻³). La trachéotomie était plus fréquente dans ce groupe (80 % vs 14 %, p<10⁻³). L'insuffisance respiratoire aigue comme motif d'admission était significativement plus fréquente chez les patients du groupe sevrage prolongé (p=0,02) En analyse multivariée,les facteurs associés à un séjour prolongé >21 j était l'insuffisance respiratoire aigue à l'admission (OR=68,4 [IC95% : 5,52–849,24]; p=0,001).

Le facteur indépendamment associé à un séjour prolongé était le motif d'admission. D'autres études prospectives multicentriques sont nécessaires pour mieux orienter la prise en charge

P 239 Évaluation par simulation des erreurs de soins en réanimation

Auteurs : ABSENT

Zina Haj Belgacem (zinahadjbelgacem@gmail.com): service de pharmacie Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

Nacef Ben Mrad (nacefbenmrad@gmail.com): service de réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

Selim Sellaouti (sellaboutselim@gmail.com): service de réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

Blanco Jouhaina (jouhaina.blanco@gmail.com): service de pharmacie Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

Mohsna Bhiri (mohsna.bhiri@gmail.com): service de réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

Emna Rachdi (e.rachdi@yahoo.fr): service de réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami Ariana Amira Jamoussi (dr.amira.jamoussi@gmail.com): service de Réanimation Médicale Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

Samia Ayed (samia.ayed@yahoo.fr): service de Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

Dorra Jarraya (dorrajarrayakamoun@gmail.com): service de pharmacie Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

Jalila Ben Khelil (jalilabenkhelil@yahoo.fr): service de Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami Ariana

ABSENT

P 240 GESTION DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES EN CAS D'INTUBATION DIFFICILE : APPOINT DE LA SIMULATION

Auteurs :

Ihene (jihene.guisouma@fmt.utm.tncom): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte

I. Trabelsi (Insaf.trabelsi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte

H. Brahmi (wtbrahmi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte

N. Ezzine* (ezzinenuha17r25@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte

Ch. Jannadi (cherifajannadi6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte

H. Ghadhoun (hatem.ghadhoun@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte

Les situations d'intubation difficile ne sont pas rares en réanimation exposant le patient à une morbi-mortalité élevée et le praticien à une anxiété majeure. La simulation permet l'amélioration des compétences des étudiants en médecine notamment dans ce contexte spécifique.

Evaluer l'apport de la simulation en santé dans l'apprentissage de la gestion des voies aériennes supérieures en cas d'intubation difficile.

Une étude observationnelle était réalisée en avril 2025. Des résidents de réanimation médicale inscrits au premier semestre ont profité d'un apprentissage de la gestion des voies aériennes, par simulation procédurale à l'aide d'un simulateur réaliste doté des critères d'intubation difficile. Trois scénarios (utilisation du guide métallique, de la bougie Boussignac et de l'I gel) ont été reproduits successivement. L'impact de cet enseignement sur l'amélioration des connaissances était évalué par un pré-test et un post-test contenant chacun dix questions notées sur 20. La satisfaction globale était évaluée au moyen d'une échelle likert. Les données ont été analysées par le logiciel Jamovi.

en tout, 26 résidents novices ont participé volontairement à une formation par simulation procédurale pour l'apprentissage de l'intubation difficile avec trois scénarios successifs : utilisation du guide métallique, du mandrin creux type bougie Boussignac et de l'I Gel. Ils étaient répartis en trois groupes de 8 à 10 étudiants. Vingt-trois étaient de genre féminin (88%) et 24 (92%) rapportaient une participation antérieure à des séances de simulation. On a noté une amélioration des connaissances sur la gestion des voies aériennes en cas d'intubation difficile, après la formation avec un score total moyen qui a passé de $11,2 \pm 2,5 / 20$ (extrêmes de 5 et de 16) à $15,9 \pm 2,2$ (extrêmes de 12 et de 19) avec une différence significative : $p < 0,05$ (figures 1). La plupart des apprenants (96%) étaient plutôt satisfaits de ce moyen pédagogique. En outre, tous jugeaient que cet enseignement leur était très bénéfique et aurait un impact positif sur leurs pratiques ultérieures. Par ailleurs ils étaient tous tout à fait d'accord que la simulation a une place légitime dans l'enseignement et recommandaient fortement ce moyen pédagogique.

L'enseignement par simulation a contribué à l'amélioration significative des connaissances des apprenants sur la gestion des voies aériennes en cas d'intubation difficile avec une satisfaction ressentie par la quasi-totalité des apprenants.

P 241 EVALUATION D'UN PROGRAMME DE FORMATION TRANSVERSALE A LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES VITALES : RETOUR D'EXPERIENCE DU PERSONNEL PARAMEDICAL

Auteurs :

J. Guissouma (jihene.guissouma@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte
H. Brahmi (wtbrahmi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte
N. Ezzine* (ezzinenuoha17r25@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte
I. Trabelsi (insaf.trabelsi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte
S. Nasri (syrinenasri8@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte
H. Ghadhoun (hatem.ghadhoun@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte

La formation continue offre aux professionnels de santé les outils nécessaires pour maintenir leurs compétences au plus haut niveau tout en intégrant les nouvelles avancées médicales. Le personnel paramédical, quel que soit le service, doit savoir gérer une urgence vitale.

Évaluer le feedback du personnel paramédical vis-à-vis d'un programme de formation transversale à la prise en charge des urgences vitales en intra-hospitalier

c'était une étude descriptive transversale réalisée au cours de l'année 2025. Un programme de formation à la gestion des urgences vitales était assuré au profit du personnel paramédical. Les différents services hospitaliers étaient sollicités avec une participation volontaire. Le programme était composé de huit séminaires de quatre heure chacun abordant les différentes urgences vitales ainsi que le chariot d'urgence, la procédure d'alerte et la communication inter-équipes. Divers outils pédagogiques étaient déployés : simulation, gamification, capsules vidéos, cas cliniques et présentations PowerPoint. Le feedback des apprenants était évalué par un questionnaire type Google forms et analysé par le logiciel Jamovi.

Parmi les 22 infirmières ayant initialement consenti à ce cycle de formation, 18 ont suivi tout le programme. Elles étaient affectées dans les services chirurgicaux (neuf : gynéco-obstétrique (quatre), en chirurgie générale (deux), orthopédie (deux) et urologie (une)) ; médicaux (sept : réanimation médicale (deux), médecine interne (deux), cardiologie (deux) et gastro-entérologie (une)) ; et les urgences (deux). Leur âge médian était de 28 (27, 35) ans et leur ancienneté moyenne dans le grade était de 7±5 ans. Leur feedback sur l'organisation était plutôt positif. La majorité étaient tout à fait d'accord que : la durée de la séance (16), la salle et la taille du groupe (17) étaient adaptées à l'enseignement. En plus, 17 infirmières appréciaient très bien l'ambiance générale. Concernant l'intérêt scientifique, la plupart (16) étaient plutôt satisfaits de la pertinence des thèmes abordés. En plus, toutes étaient tout à fait d'accord que les moyens pédagogiques utilisés étaient innovants et d'actualité. En effet, la simulation était le moyen le plus apprécié suivi par la gamification (jeu en ligne par la plateforme Kahoot et jeu de carte) puis les capsules vidéos, les cas cliniques interactifs et enfin les présentations PowerPoint. La plupart (17) jugeaient que ce parcours d'apprentissage aurait un impact positif sur la mémorisation des nouvelles connaissances acquises tout au long de ce cycle ainsi que sur leurs pratiques ultérieures notamment lors de la prise en charge d'un patient en détresse vitale. Toutes étaient satisfaites en globalité et souhaitaient participer à d'autres programmes de formation continue.

la formation à la prise en charge des urgences vitales était bien appréciée par le personnel paramédical grâce à une bonne organisation, une ambiance propice à l'apprentissage, des thèmes pertinents et adaptés ainsi que de nouveaux moyens pédagogiques attractifs.

P 242 Le lupus érythémateux disséminé dans ses formes graves en unité de soins intensifs : à propos de deux cas de pancréatite aiguë

Auteurs :

M.Assaguem (malekassaguem@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax
N.Baccouch (baccouch.najeh@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax
A.Dammak (abirdammakg@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax
F.Houri (hourifadwa@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax

R.Krichen (raniakrichen17@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax
A.Rekik (Rekik.asma1@gmail.com): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax
M.Bahloul (bahloulmab@yahoo.fr): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax
C.Ben Hamida (chokribenhamida@yahoo.fr): Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax

Le lupus érythémateux disséminé (LED) est une maladie auto-immune systémique caractérisée par des manifestations cliniques polymorphes. Dans ses formes sévères, il peut engager le pronostic vital en raison d'atteintes multiviscérales. Parmi ces atteintes, la pancréatite aiguë constitue une complication rare mais grave, pouvant s'intégrer dans le cadre d'une poussée lupique sévère.

1 er cas : Il s'agit d'une patiente âgée de 19 ans, sans antécédents pathologiques notables, admise initialement pour des arthralgies bilatérales associées à des plaques érythémato-cédémateuses douloureuses. Le diagnostic de lupus érythémateux systémique (LES) a été retenu, et un traitement par hydroxychloroquine et méthylprednisolone a été instauré. L'évolution a été marquée à J3 par l'apparition de douleurs épigastriques et de vomissements, avec une lipasémie six fois supérieure à la normale. Le scanner abdomino-pelvien a objectivé une pancréatite aiguë cédémato-interstitielle (stade B de Balthazar) La patiente s'est aggravée sur le plan respiratoire d'où son admission en réanimation avec recours à la ventilation mécanique invasive. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien a mis en évidence une pneumopathie infectieuse droite, un épanchement pleural bilatéral et une pancréatite nécrosante (stade E) avec des collections nécro-hémorragiques intrapéritonéales exerçant un effet de masse sur le côlon transverse. Malgré le drainage des épanchements pleuraux et des collections intra-abdominal, dont le prélèvement a isolé une *Klebsiella pneumoniae* multirésistante. L'évolution a été défavorable, aboutissant au décès dans un tableau de défaillance multiviscérale. 2 ème cas : Nous rapportons le cas d'une patiente de 38 ans, suivie pour lupus érythémateux systémique (LES) depuis 2012, compliquée d'une néphropathie lupique stade III et d'un neurolupus. Elle a été admise en réanimation pour syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) secondaire à une pneumopathie infectieuse, traitée par carbapénème et colistine. L'évolution a été marquée par une aggravation de la fonction rénale nécessitant plusieurs séances d'hémodialyse. Secundoirement, une pancréatite aiguë a été diagnostiquée. L'évolution a été défavorable, marquée par un état de choc hémorragique et une défaillance multiviscérale conduisant au décès malgré les mesures de réanimation intensives.

La pancréatite lupique est une manifestation rare mais potentiellement grave du Lupus Érythémateux Systémique. Elle pose un défi diagnostique et thérapeutique majeur en réanimation. La prise en charge est multidisciplinaire. Elle est associée à une morbi-mortalité élevée.

P 243 Développement et validation d'un score composite à l'admission (SOFA+ hypoalbuminémie + lactates) pour prédire la mortalité chez les patients hospitalisés en soins intensifs.

Auteurs :

R. Karoui (rahmakaroui97@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia
H. Nouira (nouirahajer@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia
S. Ajleni (syrineajleni@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia
O. Jaoued (oussamajaoued@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia
M. Fekih Hassen (mohamed.fekihhassen1@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia
H. Ben SikAli (Habiba.sikali@hotmail.fr): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia
S. Elatrous (souheilatrous@gmail.com): Service Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia

Le score SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) évalue la gravité des défaillances. Cependant, seul, il peut manquer de sensibilité et de spécificité. L'élévation des lactates et l'hypoalbuminémie, qui reflète la dénutrition et l'inflammation, sont associées à la mortalité.

Développer un score composite à l'admission (SOFA, albumine, lactates) et valider sa capacité à prédire la mortalité en réanimation.

Etude observationnelle et monocentrique avec collecte prospective entre 2018 et 2025). Les patients adultes admis en réanimation pour état de choc septique avec dosage d'albumine, de lactates dans les 6 premières heures et score SOFA calculé à l'admission, ont été inclus. Les patients en soins palliatifs ou avec données incomplètes ont été exclus. Les critères de jugement étaient: la mortalité hospitalière et la durée de séjour. Conformément aux recommandations TRIPOD, les données ont été réparties aléatoirement (70% / 30 %), un modèle de régression multivariée a été fait avec validation interne (courbe ROC) et finalement on a prévu un score pondéré.

Durant la période d'étude, 100 patients ont été inclus, dont 47 % d'hommes, avec un âge médian de 69 ans (IQR [58–76]). Le diabète constitue la comorbidité la plus fréquente (40 %). Parmi les patients inclus, 76 ont été ventilés mécaniquement, avec une durée médiane de ventilation invasive de 9 jours (IQR [3–19]). La mortalité globale en réanimation est de 66 %. Les 100 patients ont été répartis aléatoirement en deux sous-groupes : 70 pour le développement du modèle prédictif et 30 pour sa validation interne indépendante. En analyse multivariée, seule l'albuminémie demeurait un facteur pronostique indépendant de mortalité (OR = 0,82 ; IC95% [0,69–0,97] ; p = 0,02), indiquant son rôle protecteur. Par conséquent, il n'a pas été possible de construire un score pondéré multivariable, l'évaluation de la performance discriminante a donc été limitée à la courbe ROC du modèle global et celle de l'albuminémie. Concernant la validation interne de ce modèle multivarié, la courbe ROC présentait une aire sous la courbe (AUC) de 0,81, indiquant une bonne capacité discriminante pour la prédiction de la mortalité. L'analyse ROC de l'albuminémie seule montrait une aire sous la courbe de 0,30, traduisant une capacité discriminante faible et non significative pour la prédiction de la mortalité.

L'albuminémie était significativement associée à la mortalité. Cependant, sa faible capacité discriminante limite sa fiabilité. Des études multicentriques incluant un effectif plus important sont nécessaires pour développer un score fiable.

P 244 THROMBOSE LIEE AU CATHETER EN REANIMATION : INCIDENCE ET PRONOSTIC

Auteurs :

Malek Chroufa (docteurchroufa@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous
Gamara Fatma Zahra (fatma.gamara@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous

Smaoui Ons* (Smaoui.Ons99@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous
Blagui Mohamed Omar (Mohamedomar.blagui@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous

Soussi Yassmine (Yesminesoussi737@yahoo.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous

Ben Abderrahim Amina (aminabenabderrahim1@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous

Amri Salim (medslim.amri@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous

Kouraichi Nadia (na.kouraichi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous

La pose de cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation est un acte très fréquent. La thrombose veineuse liée aux cathéters centraux la complication la plus fréquente mais reste à redouter. En effet, son évolution peut engager le pronostic des patients.

Notre objectif était de déterminer l'incidence des thromboses liées aux cathéters veineux centraux et leur pronostic.

Nous avons mené une étude prospective et analytique dans un service de réanimation médicale polyvalente sur une période de 5 mois : Janvier-Mai 2025. Nous avons inclus tous les patients ayant eu un CVC quel que soit le site de sa pose. Nous avons comparé deux groupes : G1 ceux ayant eu une thrombose liée au cathéter et G2 ceux n'ayant pas eu de thrombose.

Nous avons inclus 70 patients. L'âge moyen était de 63±15 ans [23 ; 91], le sexe ratio H/F était de 1,59. Les principaux motifs d'admission étaient respiratoire (77,1% ; n=54), neurologique (28,6% ; n=20) puis hémodynamique (15,7% : n=11). Les CVC ont été placés en fémoral dans 71,4% (n=50) des cas ;

25,7% (n=18) des cathéters ont été placés en jugulaire interne, et deux CVC ont été posés par voie sous-clavière. La durée médiane d'insertion du CVC était de 7 jours (3 à 12). L'incidence de la thrombose liée au cathéters était de 24,28%. Aucun patient n'a présenté une infection liée aux cathéters centraux. Le siège de thrombose était en fémoral dans 82% des cas. La durée médiane entre l'insertion du premier CVC et le diagnostic de la thrombose sur son emplacement était de 8 jours [5,5-11,5]. Le score SOFA médian était de 6 [4-7,5] pour le G1 vs 3[2-5] pour le G2 avec p=0,018. Une embolie pulmonaire était associée dans 17,64% (n=3) des patients du G1 versus 13,2% chez les patients du G2 (p=0,7). La durée médiane de séjour était plus prolongée pour le G1 (80[32-91] versus 14[8,5-24,5] ; p=0.001). La mortalité était de 59% pour les patients du G1 contre 57% du G2 avec p=0,55.

Bien que sans impact démontré sur la mortalité, la thrombose liée aux cathéters veineux centraux est associée à une augmentation significative de la durée de séjour, représentant un marqueur de morbidité important.

P 245 EVALUATION DES PRATIQUES DE PREVENTION DES ESCARRES EN REANIMATION ET LEVIERS D'AMELIORATION

Auteurs :

F. Jalloul * (jalloul.faten@gmail.com): Réanimation médicale Houcine Bouzaiène Gafsa

N. Ben Algia (najlabenalgia1@gmail.com): Réanimation médicale Houcine Bouzaiène Gafsa

F. Feki (fatma.el.fekii@gmail.com): Réanimation médicale Houcine Bouzaiène Gafsa

Les escarres constituent une complication fréquente et redoutée en milieu hospitalier, en particulier en réanimation. Leur prévention constitue un enjeu majeur de la prise en charge globale.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les pratiques de prévention des escarres dans un service de réanimation, de mesurer l'adhésion aux recommandations existantes et de proposer des pistes d'amélioration.

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative sur l'évaluation des pratiques de prévention des escarres dans le service de réanimation médicale de Gafsa. Ont été inclus tous les soignants du service. Ceux en cours de formation (stage) étaient exclus. La collecte des données était faite à travers un questionnaire évaluant les connaissances théoriques des paramédicaux, les pratiques cliniques et leur organisation, ainsi que les principaux obstacles à la réalisation d'une bonne prévention des escarres et les leviers d'amélioration souhaités.

Le nombre des participants était de 14 dont 71,5 % avaient une ancienneté supérieure à 5 ans. Seulement 14% rapportent qu'ils ont reçu une formation sur la prévention des escarres, 65% ont répondu par « non », le reste ne s'en souvient pas. Tous les interrogés ne connaissaient pas des recommandations officielles pour la prévention des escarres et n'utilisaient pas d'échelle d'évaluation de leur risque de survenue. Les pratiques relatives au changement de position des malades à risque d'escarres étaient hétérogènes (Tableau I), mais leurs signalisations étaient systématiques dans les dossiers. L'utilisation de matelas anti escarres était jugée subjectivement par les soignants. 78,6% réalisaient une inspection cutanée systématique au cours des soins une fois par jour. 100 % des soignants ne réalisaient pas une toilette quotidienne systématique aux patients et font un changement des protections à chaque besoin. Les principaux freins à la prévention des escarres étaient la sous-évaluation du risque et la charge de travail élevée (Figure1) Le principal volet d'amélioration était la mise en place de protocoles (100%), suivi par une formation régulière (85,7 %) et enfin la disposition d'une équipe référente plaies/ escarres (71,4 %).

Malgré la bonne volonté des soignants, certaines pratiques restent empiriques, hétérogènes et partiellement conformes aux standards de qualité attendus en réanimation. Les stratégies d'amélioration passent par la formalisation de protocoles locaux, l'intégration d'outils d'évaluation standardisés du risque ainsi qu'une formation continue centrée sur la prévention des escarres. La désignation d'une équipe référente plaies/escarres, joue un rôle de conseil, d'accompagnement et de supervision des pratiques

P 246 DE LA POSOLOGIE AU DIAGNOSTIC: PANORAMA DES UTILISATIONS CLINIQUES DES CHATBOTS PAR LES REANIMATEURS JUNIORS

Auteurs :

Fatma Zahra Gamara (fatma.gamara@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous

Malek Chroufa (docteurchroufa@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous

Dhouha Essayel* (essayeldhouha@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous

Malek Sghair (Sr62malek@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous

Ben Abderrahim Amina (aminabenabderrahim1@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous

Salim Amri (medslim.amri@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous

Nadia Kouraichi (na.kouraichi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous

L'intelligence artificielle (IA) générative représente un outil émergent dans la pratique médicale, particulièrement en réanimation où la rapidité de prise de décision est cruciale.

Cette étude vise à évaluer l'utilisation des chatbots par les jeunes réanimateurs dans leur pratique quotidienne.

Une étude prospective a été menée par questionnaire en ligne anonyme (Google Forms) incluant des résidents de réanimation médicale issus d'hôpitaux universitaires. Le questionnaire comprenait 13 items évaluant les habitudes d'utilisation, les applications cliniques et la perception des chatbots.

L'ensemble des résidents (100%) déclaraient utiliser les chatbots, avec une fréquence quotidienne pour 55% (22/40). ChatGPT était l'outil le plus utilisé (100%), suivi de Gemini (55%) et DeepSeek (38%). Les applications principales concernaient la vérification des posologies (70%, 28/40), la proposition de conduite à tenir thérapeutique (62,5%, 25/40), l'aide au diagnostic (47,5%, 19/40) et l'élaboration de diagnostics différentiels (37,5%, 15/40). La précision des réponses était jugée satisfaisante par 82,5% (35/40) des utilisateurs. Bien que tous les résidents aient souligné les limites de l'IA et son incapacité à remplacer le médecin, cinq participants (12,5%) ont exprimé des réserves d'ordre éthique.

L'IA générative est massivement adoptée par les jeunes réanimateurs comme outil d'aide à la décision rapide. Son intégration dans la pratique courante semble inéluctable, mais nécessite un encadrement approprié pour garantir une utilisation sécurisée et éthique.

P 247 Profil psychiatrique des suicidants par immolation.

Auteurs :

AYED MAROUANE (DR.AYED.MAR1@gmail.com): réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous

Alouini Amenne (amenne.alouini@fmt.utm.tn): réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous

Ben Othmene Selma (salma.sbo97@gmail.com): réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous

Fradj Hana (fredjhanask@gmail.com): réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous

Ben Messoud Souheila (sou.benmassoud@gmail.com): réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous

Aloui Amal (alouiamal.aa@gmail.com): réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous

Jemi Imen (imenjam@gmail.com): réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous
Gasri Bahija (bahijagarsi2002@gmail.com): réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous
Mokline Amel (amel.mokline@fmt.utm.tn): réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous

Les tentatives de suicide par immolation se caractérisent par leur violence et leur charge symbolique, traduisant souvent une détresse psychique profonde. Ces patients cumulent une double vulnérabilité, psychique et somatique, rendant leur prise en charge particulièrement complexe.

L'objectif de cette étude est d'établir un état des lieux de la santé psychiatrique des patients brûlés immolés afin d'optimiser leur prise en charge.

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, menée sur une période de deux ans (2023–2024) au sein du service de réanimation des brûlés du Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous (Tunisie). Ont été inclus tous les patients admis pour brûlures présentant des antécédents psychiatriques documentés et/ou ayant bénéficié d'une évaluation psychiatrique lors de leur hospitalisation. Les dossiers incomplets ou inexploitables ont été exclus de l'analyse. Les données épidémiologiques, cliniques, psychiatriques et évolutives ont été recueillies puis analysées à l'aide du logiciel SPSS.

Durant la période d'étude, 723 patients ont été admis dont 117 tentatives de suicide par immolation (incidence 16,2 %). Au final, 52 cas d'immolation volontaire ayant des antécédents psychiatriques connus et/ou ayant bénéficié d'une consultation psychiatrique ont été inclus. Le sexe-ratio était de 7,6 (Tableau 1). La surface cutanée brûlée moyenne était de $36,9 \pm 28$. Des antécédents psychiatriques étaient présents chez 63,4 % des patients, dominés par la schizophrénie (30 %) et la dépression (30 %). Quarante pour cent recevaient un traitement psychiatrique (17,3 % observants), et 17,3 % avaient déjà tenté un suicide. Une consultation psychiatrique a été réalisée chez 61,5 % des patients, avec un délai moyen de 7,5 jours, tandis que les cas graves d'emblée n'en ont pas bénéficié. Les diagnostics les plus fréquents étaient les troubles réactionnels (74 %) et dépressifs (21,7 %). La mortalité globale était de 42,3 %.

Il ressort de notre série que 63 % des patients immolés présentaient des antécédents psychiatriques, principalement de type dépressif ou schizophrénique. L'optimisation de leur prise en charge requiert une approche multidisciplinaire intégrée, associant soins intensifs et intervention psychiatrique précoce.

P 248 LE SMALL INTESTINAL BACTERIAL OVERGROWTH : UNE COMPLICATION TARDIVE D'UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE : A PROPOS D'UN CAS

Auteurs :

I. Trabelsi (insaf.trabelsi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
E. Zinelabidine* (eyazine@yahoo.fr): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
H.Brahmi (wtbrahmi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
H. Ben Ali (Hana.benali@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
C.Jannadi (cherifajannadi6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
J. Guissouma (Jihene.guissouma@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte
H. Ghadhoune (hatem.ghadhoune@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

Le SIBO (Small intestinal bacterial overgrowth=pullulation bactérienne de l'intestin grêle) est défini par une prolifération anormale de bactéries dans l'intestin grêle, dépassant généralement 10^5 UFC/mL dans les cultures de liquide jéjunal entraînant des troubles digestifs et parfois des carences nutritionnelles.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 26 ans aux antécédents de troubles anxieux, ayant un bypass gastrique pour obésité morbide, qui était admise en réanimation pour altération de l'état de conscience. L'histoire remonte à quelques mois, marquée par l'installation de diarrhées liquidiennes non sanguinolentes (10 selles/jour). L'évolution était marquée par l'apparition progressive des œdèmes symétriques des membres inférieurs associés à une altération de l'état général et plus récemment une altération de l'état de conscience. À l'examen : La glycémie était correcte. La patiente était apyrétique avec un GCS à 10, pupilles en intermédiaire réfléctives, sans déficit sensitivo-moteur, ni raideur méningée. Par ailleurs, elle était stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Les principales anomalies biologiques étaient : une anémie normochromie normocytaire à 8.9, Une insuffisance hépatique aigue grave et une hypovitaminose D et B12. EPP : hypoalbuminémie, hypoprotidémie avec présence d'un bloc β - δ L'angioTDM cérébrale et la ponction lombaire étaient normales. Les causes toxiques et traumatiques ont été éliminées. La coproculture était négative. Par ailleurs, la TDM abdominopelvienne a mis en évidence: épanchement péritonéal de moyenne abondance associé à un œdème sous muqueux digestif diffus, un épanchement pleural bilatéral de faible abondance et une infiltration lymphoœdémateuse de la paroi abdominale évoquant une entérocolite œdémateuse non spécifique d'origine réactionnelle probable. Le diagnostic de SIBO a été suspecté, et la patiente a reçu une supplémentation vitaminique, de N-acétyl-cystéine et des cures d'albumines. L'évolution était marquée par une amélioration clinique et biologique avec reprise d'un état de conscience normal.

Le SIBO, habituellement considéré comme une pathologie digestive, peut exceptionnellement se manifester par une altération de l'état de conscience. La prise en charge ciblée permet une amélioration rapide, ce qui souligne l'importance d'évoquer ce diagnostic devant une encéphalopathie inexpliquée.

P 249 Perceived workload among healthcare professionals in intensive care units

Auteurs :

Iyed Matouk (maatouk.yed@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

O.Dhahbi (onsdhahbi6@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

A.Ben Mhammed (asma.benhammed@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

S.Ben brahim (benbrahimsaladin@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

A.Maatouk (amani.maatouk23@gmail.com): service de médecine préventive et communautaire University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

M.Lahmar (firassmal4@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

W.NOUIRA (wiemnouira1@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

E.BEDHIAFI (bedhiafiemir@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

Z. Hammouda (zanoubia83@hotmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

F. Dachraoui (dachraoui.fahmi@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

L.Besbes Ouanes (Lamiaouanes107@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

Workload in intensive care units (ICUs) is a key determinant of care quality, patient safety, and healthcare staff well-being. The intensive care environment exposes professionals to substantial physical, mental, and organizational demands

The objective of this study was to describe the level of perceived workload among physicians and nursing staff working in an intensive care unit.

A descriptive study was conducted in January 2025 among medical and paramedical personnel in a Tunisian intensive care unit. Data on perceived workload were collected using a questionnaire adapted from the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Responses were recorded using a five-point Likert scale.

A total of 33 participants completed the questionnaire (response rate of 82.5%). Most respondents were paramedical staff (79.7%), while 20.3% were physicians. The mean age was 31.5 ± 5.8 years, and 54.5% were female. Only 9.1% of participants considered themselves to be very well informed. The overall workload score was 63%. Among respondents, 54.5% reported being able to take at least a 30-minute break during their shift, and 51.5% felt that task distribution was fair, while an equal proportion (51.5%) perceived their workload as reasonable. In addition, 18.2% stated that their workload was influenced by their work environment, whereas 45.5% reported that their current environment made them want to continue working in the unit. Regarding objective aspects of workload, 30.3% reported a high mental load, 12.1% a heavy physical load, and 33.3% a significant level of stress. Moreover, 30.3% believed that excessive working hours could compromise patient safety

Perceived workload was relatively high among healthcare professionals in the intensive care unit. These findings highlight the need to strengthen human resources and implement strategies to prevent occupational stress, thereby promoting staff well-being and enhancing the quality of care in intensive care settings.

P 250 Evaluation of the Role of Clonidine (Catapressan®) as an Adjuvant in Sedation and Mechanical Ventilation Weaning in the Intensive Care Unit : A Prospective Study

Auteurs :

R.Hidri (raniahidri30@gmail.com): intensive care unit Sahloul hospital

S.Chouchene (zamitisalma92@yahoo.com): intensive care unit Sahloul hospital

H.Zouari (hajerzouari6@gmail.com): intensive care unit Sahloul hospital

S.Achouri (samarachouri@outlook.fr): intensive care unit Sahloul hospital

M.Saadaoui (saadaouimariem97@gmail.com): intensive care unit Sahloul Hospital

D.Guesmi (dhouhaguesmi@gmail.com): intensive care unit Sahloul Hospital

H.Hmouda (Houssem_hmouda@yahoo.com): intensive care unit sahloul hospital

Sedation and mechanical ventilation weaning remain critical stages in intensive care, often complicated by agitation, delirium, and withdrawal syndromes. Alpha-2 agonists such as clonidine may improve tolerance, enhance hemodynamic stability, and reduce sedative and analgesic requirements during this period.

To evaluate the impact of clonidine as an adjuvant in the sedation and mechanical ventilation weaning protocol by comparing weaning duration, sedative consumption, and the incidence of adverse events.

This retrospective study was conducted over a three-year period in a medical intensive care unit and included mechanically ventilated, sedated patients who received clonidine (Catapressan®) during the weaning phase. Sociodemographic, clinical, and therapeutic data were collected from medical records using a standardized collection sheet. Analyzed parameters included comorbidities, ventilation duration, doses of sedatives and analgesics, hemodynamic events (hypotension, bradycardia), and weaning outcomes (success or reintubation). Statistical analysis was performed using SPSS software, with a significance level set at $p < 0.05$.

Twenty patients were included, predominantly male (80%), with a mean age of 46.8 ± 15.8 years and a mean SAPS II score of 32.3 ± 13.9 , indicating a severely ill population. The main admission diagnoses

were coma (70%) and acute respiratory distress (30%). Before clonidine initiation, the median duration of mechanical ventilation was 5.5 days [2.75–9]. Patients received prolonged sedation with sufentanil (8.9 ± 8.5 days), midazolam (4 days), and propofol (6.5 ± 6.2 days), reflecting deep and extended sedation. Clonidine administration led to a significant reduction in opioid requirements, with the mean sufentanil dose decreasing from 2680 ± 668 µg to 1380 ± 1234 µg at the beginning of weaning. This change was accompanied by progressive hemodynamic stabilization, with a moderate but consistent decrease in heart rate (85.3 ± 26.3 to 81.5 ± 10.3 bpm) and systolic blood pressure (136.7 ± 22.3 to 129.7 ± 20.4 mmHg). Adverse effects included hypotension (60%) and bradycardia (10%), both well tolerated and without treatment discontinuation. The median weaning duration was 3 h [2–54], and post-weaning ventilation lasted 9.5 days [5–18]. Successful extubation occurred in 70% of patients, while 20% died in the ICU and 10% were transferred to another unit. Mortality was more reflective of initial severity than drug tolerance.

Clonidine, used as an adjuvant in sedation and mechanical ventilation weaning, appears to reduce weaning duration and sedative consumption while maintaining hemodynamic stability. These findings support its inclusion in intensive care protocols under close hemodynamic monitoring.

P 251 Patient Satisfaction with Intensive Care Unit Services: A Cross-Sectional Study

Auteurs :

Iyed Matouk (maatouk.yed@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

k.attia (khalilattia74@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

A.maatouk (amani.maatouk23@gmail.com): department of preventive and community medecine University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

S.Ben brahim (benbrahimsaladin@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

M.IAHMAR (firassmal4@gmail.co): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

W.NOUIRA (wiemnouira1@gmail.com): medical Intensive Care Unit niversity Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

E.BETHIAFI (bedhiafiemir@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

zeineb Hammouda (zanoubia83@hotmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

F. Dachraoui (dachraoui.fahmi@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

L. Besbes Ouanes (Lamiaouanes107@gmail.com): medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir , Tunisia

Patient satisfaction is a key indicator of healthcare quality, reflecting both the effectiveness of care delivery and the quality of communication between patients and healthcare providers.). Evaluating patient satisfaction helps identify strengths and areas for improvement, and guides initiatives to enhance quality of care.

This study aimed to evaluate patient satisfaction with the services provided in the Intensive Care Unit (ICU).

A cross-sectional study was conducted among patients (or their relatives) admitted to the ICU between March 2025 and September 2025. Patients with a length of stay of at least 72 hours were included. A structured questionnaire was administered, covering domains such as admission and reception conditions, accommodation, food services, nursing and medical care, pain management, and overall satisfaction. Responses were rated on a four-point Likert scale (very satisfied, satisfied, slightly satisfied, not satisfied at all). Data were analyzed using SPSS software version 26.

A total of 40 participants were included. Their mean age was 51.5 ± 18.6 years. The majority were male (60%). The most frequent reason for hospitalization was acute respiratory failure (80%). Half of the

patients had a secondary-level education (50%). The mean hospital stay was 12 ± 6 days. The overall patient satisfaction rate was 95%. Most respondents considered the reception conditions to be very satisfactory (55%). Patient satisfaction regarding accommodation conditions was 84.2% overall, with satisfaction rates for specific aspects as follows: accommodation services 92.1%, catering services 77.5%, sleep quality 80%, and discharge process 87.5%. Satisfaction regarding care within the service was 91.2%, including information and explanations provided (91.5%) and the organization of care (91%). Patient satisfaction regarding pain management was 92.5%.

The study demonstrated a generally high level of patient satisfaction with ICU services. Continuous monitoring of patient feedback remains essential to sustain quality improvement and align ICU care with patient expectations and needs.

P 252 EVALUATION DES CONNAISSANCES RELATIVES A LA PROCEDURE D'INTUBATION D'UN PATIENT EN ETAT CRITIQUE

Auteurs :

H.Ben Ahmed* (benahmedhedia@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès
S. Bellil (Bellil.samar@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès
H. Mayoufi (houda.mayoufi20@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès
R. Rajah (rihab1rajah@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès
A. Ben Khalifa (atraabbenkhalifa@gmail.com): Réanimation Polyvalente Hôpital Universitaire de Gabès

L'intubation endotrachéale est une procédure vitale en médecine d'urgence et en soins intensifs, nécessitant des compétences techniques précises et une coordination rigoureuse, notamment de la part du personnel infirmier.

Cette étude a pour objectif d'évaluer les connaissances théoriques et pratiques des infirmiers concernant cette procédure critique, et d'identifier leurs besoins en formation.

Une étude transversale descriptive a été conduite auprès de 40 infirmiers exerçant dans les services des urgences et de réanimation de trois hôpitaux. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré, portant sur les connaissances théoriques, les pratiques cliniques lors des différentes phases de l'intubation, et les besoins perçus en formation

Les résultats ont révélé une bonne maîtrise des aspects théoriques : 100 % des participants connaissaient les objectifs et la définition de l'intubation, 85 % identifiaient l'arrêt cardiorespiratoire, et 80 % l'insuffisance respiratoire aiguë comme principales indications. La préparation du matériel (100 %) et la surveillance des paramètres vitaux (97,5 %) étaient également bien maîtrisées. Toutefois, des lacunes notables existaient, notamment dans l'utilisation de la Capnographie (7,5 %), méthode référence de vérification du bon positionnement de la sonde d'intubation, la surveillance hémodynamique en post-intubation (47,5 %), et la documentation (52%).

L'évaluation a révélé une bonne base théorique mais un besoin de pratique. La majorité souhaitait une formation spécifique. L'étude recommande des formations continues, l'usage d'outils de surveillance et des protocoles standardisés pour renforcer sécurité et efficacité des soins.

P 253 Clinical Profile and Outcomes of Elderly Patients in the Intensive Care Unit

Auteurs :

S.Cherif (salmacherif.94@gmail.com): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen
N.Ben Slimene (najla.benslimene@fmt.utm.tn): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen

Y.Chaabene (yosssr.chaabnen@etudiant-fmt.utm.tn): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen
B.Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen
K.Ben Ismail (khaoulabenismail@gmail.com): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen
I.Errokh (errokhines@gmail.com): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen
F.Essafi (essafifatma1302@gmail.com): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen
T.Merhabene (takouamg@yahoo.fr): Reanimation medicale Hopital Regional de Zaghouen

With the global rise in life expectancy, an increasing number of elderly patients are being admitted to intensive care units (ICUs). This population often presents with multiple comorbidities, increased frailty, and higher severity of illness, which may influence both management strategies and outcomes.

The aim of our study was to describe the epidemiological profile and outcome of elderly patients admitted to the intensive care unit.

A retrospective, observational and monocentric study was carried over the span of 2 years (2022-2023) in the intensive care unit of Zaghouan's regional hospital (ICU). All critically ill elderly patients, aged \geq 65 years, admitted to the ICU for any indication, were included. Demographic data as well as scores Simplified Acute Physiology Score II (SAPSII), Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II), Charlson Comorbidity Index (CCI) and Clinical Frailty Scale (CFS) clinical features, management and outcome were recorded.

A total of 105 patients were included in the study, with a mean age of 73 ± 6 years and a male-to-female ratio of 1.9. Comorbidities were present in 83.8% of patients. The most frequent were cardiovascular diseases (69.5%), including hypertension (55%), coronary artery disease (21%), and heart failure (17%); followed by chronic respiratory disease (40%), diabetes mellitus (39%), and chronic kidney disease (13%). Mean severity scores at admission were as following: SAPS II: 39 ± 20 , APACHE II: 19 ± 10 , CCI: 4 ± 1 , and CFS: 3.7 ± 1.5 . The leading cause of ICU admission was respiratory distress (42.9%), followed by neurological impairment (12.4%) and hemodynamic instability (7.6%). At admission, 24% of patients presented with hemodynamic shock, and 43.8% had acute kidney injury. Laboratory abnormalities included rhabdomyolysis in 7.6% of patients, hepatic cytolysis in 8.6%, hypernatremia in 5.7%, and hyponatremia in 24.8%. Hypoproteinemia was noted in 72.4% of cases. Hematological abnormalities included anemia (57.1%) and thrombocytopenia (18.1%). During hospitalization, 43.8% of patients required non-invasive ventilation (NIV), and 50.5% underwent endotracheal intubation, with a median duration of 3 [2–9] days. Among those intubated, 17% required tracheostomy. The median ICU length of stay was 4 [2–8] days. The most common ICU complications were ventilator-associated pneumonia (15%), urinary tract infections (12.4%), bacteremia (11.4%), fungal infections (7.6%), and new-onset acute kidney injury in 56.2% of patients, of whom 18.6% required hemodialysis. Overall ICU mortality was 44.8%.

Elderly ICU patients often present with multiple comorbidities and high severity scores, leading to frequent complications and elevated mortality. Early identification of frailty and organ dysfunction is crucial to optimize management and improve outcomes in this vulnerable population.

P 254 Devenir des patients après la réanimation

Auteurs :

K. Ben Ismail (khaoulabenismail@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan
B. Ben Dhia (boudourbendhia@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan
M. Beji (beji.maaryem@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan
N. Ben Slimene (najlabenslimene@gmail.com): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan
H. Chaabouni (hamdichaabouni@yahoo.fr): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan

F. Essafi (fatma.essafi@fmt.utm.tn): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan
T. Merhabene (takouamg@yahoo.fr): Service de réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan

Suite à une hospitalisation en réanimation, les survivants peuvent garder des troubles cognitifs, physiques et psychologiques qui peuvent persister pendant des mois après la sortie de réanimation. Par conséquent, un suivi de ses patients est crucial pour optimiser la récupération et garantir une qualité de vie décente après leur sortie de l'unité de soins intensifs.

Décrire le suivi et les séquelles des patients après sortis de l'unité de soins intensifs.

Nous avons mené une étude observationnelle prospective dans l'USI de l'hôpital de Zaghouan entre le 1er Janvier 2020 et le 31 Juillet 2025. Ont été inclus tous les patients hospitalisés plus de 48 h et qui se sont présentés au moins une fois à la consultation post réanimation. Les données démographique et évolutives ont été analysées. La qualité de vie après la réanimation a été évaluée par le score EuroQoL-5 Dimensions-5 Level (Euro-QoL-5D-5L) évaluant mobilité, autonomie, activités quotidiennes, douleur et anxiété/dépression.

Au total 318 patients ont été inclus. L'âge moyen était de $52 \pm 14,7$ ans. Le genre ratio était de 1,6. Soixante-dix pourcent des patients présentaient au moins une comorbidité. L'insuffisance respiratoire aiguë représentait la principale cause d'admission en réanimation (94,7%), suivi des polytraumatismes (7,2%). Les scores de gravité à l'admission : IGS, Apache et ISS étaient de 22 [16-29,25], 7 [4-12] et $28,9 \pm 14,8$ respectivement. Le recours à la ventilation mécanique était indiqué chez 79,8% des patients. Les catécholamines étaient prescrites chez 16,4 % des patients et l'analgesédation chez 35,2%. La durée de séjours médiane était de 14,7 [2-138] jours. À la sortie de réanimation, 38 patients étaient sous oxygénothérapie, 20 patients étaient sous ventilation mécanique à domicile, 20 étaient trachéotomisé, 29 patients avaient un déficit moteur, 26 étaient totalement dépendants, 21 avaient des troubles trophiques. Le nombre médian de consultation était 2 jours [1-12] avec un délai de 1ère consultation de 31 jours [10-90]. Les troubles neuro psychiatriques recensés étaient à type de : Trouble du sommeil (11%), Troubles psychologiques à type de dépression et/ou anxiété (37,7%), trouble de stress post traumatique (34,3%), Trouble mnésique (3,1%). La mobilité était réduite chez 43,7 % des patients, l'autonomie était réduite chez 66,3% des patients, la douleur était rapportée par 88,3 % des patients, difficulté à réaliser les activités courantes chez 100% des patients. Au cours du suivi, 224 patients (70,4%) ont bénéficié d'examens complémentaires, 43 (13,52%) ont reçu une nouvelle prescription de kinésithérapie. Quatre-vingt-dix-neuf patients (31,13%) ont été orienté vers une consultation spécialisée dont 8 patients en psychiatrie. Cent soixante-sept patients (55,7%) n'avaient pas repris leurs activités habituelles. Quinze patients ont été décanulés. Trois patients ont nécessité une réadmission dans les 3 mois suivant la sortie.

Le suivi post réanimation vise à optimiser la récupération du patient et améliorer sa qualité de vie. Il doit être personnalisé en fonction des besoins et de l'état de santé du patient.

P 255 LES ESCARRES EN MILIEU DE REANIMATION : FREQUENCE ET FACTEURS DE RISQUE

Auteurs :

C. Jannadi* (cherifajannadi6@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

N. Ezzine (ezzinenuha17r25@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

H.Brahmi (wtbrahmi@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

I. Trabelsi (insaf.trabelsi@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

D. Berkhaies (dorraberkhaies@gmail.com): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

H.Ghadhoune (Hatem.ghadhoune@fmt.utm.tn): Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

Les escarres constituent une complication grave en réanimation, favorisée par l'immobilisation prolongée, les défaillances viscérales et de la dénutrition. Malgré la prévention, leur fréquence reste élevée, augmentant la morbidité, la durée de séjour et les coûts de prise en charge.

Déterminer la fréquence des escarres chez les patients hospitalisés en unité de soins intensifs et étudier les principaux facteurs de risque.

Il s'agissait d'une étude rétrospective et analytique, réalisée dans une unité de réanimation médicale sur une période de quatre mois (janvier–avril 2025). Ont été inclus tous les patients hospitalisés de plus de 48 heures et ne présentant pas d'escarres au moment de l'admission. Les données démographiques, cliniques et biologiques ont été recueillies. La localisation, le stade des escarres ainsi que l'évolution clinique ont été étudiés. Pour l'identification des facteurs de risque, nous avons comparé deux sous-groupes de patients en fonction de l'acquisition ou non des escarres au cours du séjour en réanimation.

Parmi les 57 patients hospitalisés durant la période d'étude, 17 (30%) ont développé une escarre. L'âge médian des patients atteints était de 64 ans [16–80], avec une prédominance masculine. Le délai moyen d'apparition de la première escarre était de 11 jours [4–25] après l'admission. Toutes les escarres étaient localisées au niveau sacré (100%), avec des localisations multiples dans 33% des cas (talons 11%, joues 11%, scalp 11%). Selon la classification internationale, les escarres de stade IV prédominaient (64%), suivies des stades II (24%) et III (12%). Sur le plan thérapeutique, l'excision chirurgicale était indiquée dans 4 cas, et un seul patient a bénéficié d'une VAC-thérapie avec évolution favorable. Le taux de mortalité chez les patients porteurs d'escarres était de 76%.

P 256 Association between phosphate disturbances and prognosis among septic critically ill patients

Auteurs :

linda Messaoud (lyndamessaoud1991@gmail.com): Réanimation médicale Rabta

Chaima Hajri (sheima.hajri98@gmail.com): Réanimation médicale Rabta

Hounaida Galai (hounaidagalai@gmail.com): Réanimation médicale Rabta

Hiba Larnaout (hiba.larnaout@etudiant-fmt.utm.tn): Réanimation médicale Rabta

Eya Seghir (eya.seghir.91@gmail.com): Réanimation médicale Rabta

Asma Ouhibi (ouhibiasma4@gmail.com): Réanimation médicale Rabta

Asma Mehdi (asmaelmahdi245@gmail.com): Réanimation médicale Rabta

Ahlem Trifi (trifiahlem2@gmail.com): Réanimation médicale Rabta

Sami Abdellatif (abdellatifsamy@gmail.com): Réanimation médicale Rabta

Serum phosphate disorders are common metabolic anomalies associated with sepsis and septic shock. Published outcome data in patients with phosphate disorders primarily focus on hypophosphatemia and the critically ill population.

The aim of study is to evaluate the association of hypophosphatemia or hyperphosphatemia in the prognosis of patients admitted for sepsis or septic shock.

A prospective and descriptive study was carried between January and October 2024 in the medical intensive care unit. Were included critically ill patients admitted for management of sepsis or septic shock. Patients were categorized into three groups based on day 1 serum phosphate values. And, we compared the clinical characteristics and outcomes between the three groups. The normophosphatemia group was defined as a patient with phosphate level of 0.8 to 1.45mmol/l, while hypophosphatemia less than 0.8 mmol/l, and hyperphosphatemia more than 1.45 mmol/l.

Of the 59 patients enrolled in the study, 23 (39%) had hypophosphatemia, 20 (33%) normophosphatemia and 16 (27%) had hyperphosphatemia. The mean value of phosphoremia during the first 24 hours was 1.1 mmol/l ranging from 0.2 mmol/l to 2.4 mmol/l. Mean age was of 58 ± 17 years and gender ratio of 2.2. The most common comorbidities were diabetes (37 %), hypertension (28%) and

neoplasia (16%). The hypophosphatemia group showed significantly higher ICU mortality (37.8%, p= 0.027, IC 95% [0.09-0.889]) when compared with hyperphosphatemia and normophosphatemia group. The patients in the hyperphosphatemia group had higher APACHE II score(p=0.036), higher serum creatinine(p=0.015), increased use of vasopressors (p=0.041).

Hyperphosphatemia and hypophosphatemia (not only hypophosphatemia) on the first ICU admission were associated with a poor prognosis in septic critically ill patients

