



الجمعية التونسية لطب الانعاش
ASSOCIATION TUNISIENNE DE REANIMATION

24^e

CONGRÈS
NATIONAL
de RÉANIMATION

29-30 Novembre 2019
Hôtel Radisson Blu - Hammamet

CAHIER DES
ABSTRACTS



■ Renseignements et inscription ■
www.aturea.org

SmofKabiven® (a)

Utiliser le levier nutritionnel dans votre stratégie thérapeutique lors d'une pathologie



sans électrolytes



VOIE VEINEUSE CENTRALE

AVEC ET SANS ÉLECTROLYTES



avec électrolytes

EXISTE EN 5 VOLUMES

- ~500 mL : 550 kcal totales
- ~1 000 mL : 1 100 kcal totales
- ~1 500 mL : 1 600 kcal totales
- ~2 000 mL : 2 200 kcal totales
- ~2 500 mL (b) : 2 700 kcal totales

Un apport concentré

- En calories : **environ 1100 kcal totales/l**
- En acides aminés : **51g/l (soit 8 g d'azote/l)**
- Ratio G/L (a) conforme aux recommandations actuelles (1) : **58/42**

Une émulsion lipidique exclusive

Smoflipid® (b) 200mg/mL

- **Composition unique de 4 sources de lipides**

→ Rapport AGPI ω6 / AGPI ω3 = 2,5/1

(a) Nutrition parentérale chez l'adulte et l'enfant âgé de plus de 2 ans quand la nutrition orale ou entérale est impossible, insuffisante ou contre-indiquée

(b) Uniquement pour SmofKabiven® sans électrolytes



HUILE DE POISSON ω3

Source d'Acides Gras Essentiels
Prévention de carences en AGE (c)
Apport en EPA-DHA (d)
EPA : Modulateurs de l'inflammation (2)



HUILE D'OLIVE ω9

Apport d'AG (e) mono-insaturés
Moins sujets à la peroxydation lipidique que les AGPI (f)



TCM (g)

Hydrolyse et vitesse d'oxydation élevées (3,4)
Énergie rapidement disponible (3,5)
Carnitine indépendants (4,5,6)
Meilleure élimination des triglycérides sanguins (4,5,7)



HUILE DE SOJA ω6

Source d'acides gras essentiels
Prévention des carences en AGE

PLAN

- Plan..... 1
- Informations.....2
- Planning Modérateurs Flash Communications 2
- Planning Modérateurs e-Posters 3
- Programme des médecins.....4
- Programmedes infirmiers6
- Flash Communications.....7
- E-Posters40
- Index des auteurs 168

INFORMATIONS

ACCUEIL ET SECRETARIAT

Situés au rez-de-chaussée de l'Hôtel et sont ouverts aux horaires suivantes :

-Vendredi 29 Novembre : 8h-19h

-Samedi 30 Novembre : 8H-17H

BADGES

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

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

COMMUNICATIONS ORALES

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

ATR		F-Com 2019	
DATE	HORAIRE	SALLES	N° Flash Com
29 Novembre 2019	18:00	Zina	F.Com 01 – F.Com 12
		Modérateurs : Pr M. Bahloul, Pr M. Fekih Hassen, Pr Ag I. Chouchene	
		Aziza	F.Com 13 – F.Com 27
		Modérateurs : Pr Ag Z. Hajjej, Pr Ag H. EL Ghord, Pr Ag Y.Z. El Hechmi	
		Oulya	F.Com 28 – F.Com 42
		Modérateurs : Pr Ag S. Ayed, Pr Ag T. Merhebene, Pr Ag F. Daly	
		Elyssa	F.Com 43 – F.Com 53
		Modérateurs : Pr N. Kouraichi, Pr Ag A. Mokline, Pr Ag A. Jamoussi	

POSTERS ELECTRONIQUES : E.POSTERS

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

ATR		Salle El Kehna			EPosters 2019
DATE	HORAIRE	BORNE	N° E.Poster	THEMES	Modérateurs
29/11/2019	10H45	A	P 001 – P 010	Neurologie	<i>Dr H. Ghadhouna, Dr R. Gharbi</i>
		B	P 011 – P 020	Neurologie	<i>Pr C. Ben Hamida, Dr YZ. Elhechmi</i>
		C	P 021 – P 030	Neurologie	<i>Dr Y. Touil, Dr O. Jaoued</i>
		D	P 031 – P 036	Neurologie	<i>Dr Z. Hamouda, Dr J. Ayachi</i>
	14H	A	P 037 – P 045	Hémodynamique	<i>Dr O. Turki, Dr I. Talik</i>
		B	P 046 – P 054	Hémodynamique	<i>Pr M. Fekih Hassen, Dr Z. Hamouda</i>
		C	P 055 – P 063	Hémodynamique	<i>Pr M. Bahloul, Dr S. Ben Abdallah</i>
		D	P 148 – P 155	Métabolique	<i>Dr I. Chouchene, Dr R. Ammar</i>
	16H40	A	P 156 – P 163	Métabolique	<i>Dr T. Merhebene, Dr R. Gharbi</i>
		B	P 123 – P 130	Respiratoire	<i>Pr J. Ben Khelil, Dr Y. Touil</i>
		C	P 131 – P 138	Respiratoire	<i>Dr S. Ayed, Dr N. Baccouche</i>
		D	P 139 – P 147	Respiratoire	<i>Pr I. Ouanes, Dr O. Turki</i>
30/11/2019	8H	A	P 064 – P 083	Infectiologie	<i>Pr C. Ben Hamida, Dr F. Daly</i>
		B	P 084 – P 103	Infectiologie	<i>Dr A. Mokline, Dr R. Ammar</i>
		C	P 104 – P 122	Infectiologie	<i>Dr H. ElGhord, Dr N. Baccouche</i>
		D	P 212 – P 227	Complications Iatrogènes	<i>Dr A. Jamoussi, Dr Y. Touil</i>
	11H	A	P 164 – P 176	Toxicologie	<i>Pr N. Kouraichi, Dr A. Azzouzi</i>
		B	P 177 – P 187	Scoring et Procédure	<i>Dr H. ElGhord, Dr J. Guissouma</i>
		C	P 188 – P 198	Scoring et Procédure	<i>Pr F. Dachraoui, Dr M. Fatnassi</i>
		D	P 199 – P 211	Scoring et Procédure	<i>Dr H. Ghadhouna, Dr M. Lahmar</i>
	12H45	A	P 228 – P 236	AUTRES	<i>Dr S. Ayed, Dr O. Jaoued</i>
		B	P 237 – P 245	AUTRES	<i>Dr F. Daly, Dr I. Fathallah</i>
		C	P 246 – P 254	AUTRES	<i>Dr YZ. ElHechmi, Dr I. Ben Saida</i>
		D	P 255 – P 264	AUTRES	<i>Dr A. Jamoussi, Dr I. Talik</i>

PROGRAMME DES MÉDECINS

VENDREDI

29 NOVEMBRE 2019

08:00-09:15: ACCUEIL ET INSCRIPTION

09:15-09:30: OUVERTURE

CONFÉRENCES

Salle Elyssa

09:30-10:45

Modérateurs : Pr L. ouanes Besbes, Pr M. Bouaziz, Pr Z. Jerbi, Pr JL. Teboul

09:30-09:50 : Monitoring hémodynamique en Réanimation : Quand et Comment ?

Pr JL. Teboul

09:50-10:10 : Monitoring des lactates dans le choc septique

Pr S. Ben Lakhal

10:10-10:30 : Solutés balancés

Pr S. El Atrous

10:30-10:45 : Discussion

E POSTERS

10:45-11:15

Salle El Kehna

Pause café

SYMPOSIUM

(Maghreb Medical Maintenance. Biomerieux Tun)

11:15-11:50

Salle Elyssa

Modérateurs : Pr J. Ben Khelil, Pr Rim Abdelmalek

Apport de l'approche syndromique dans l'aide au diagnostic.

Dr D Sissoko

CONFÉRENCES

Salle Elyssa

11:50-13:00

Modérateurs : Pr N. Borsali-Falfoul, Pr M. Amamou, Pr M. Bahloul, Pr R. Boujdaria

11:15-11:35 : Remplissage vasculaire et dysfonction ventriculaire droite

Pr JL. Teboul

11:35-11:55 : Embolie pulmonaire : Diagnostic et prise en charge

Pr M. Bouaziz

11:55-12:15 : Catécholamines dans le choc septique

Pr JL. Teboul

12:15-12:25 : Discussion

13:00-14:00 : Déjeuner

E POSTERS.

14:00-14:30

Salle El Kehna

ATELIERS

14:30-15:00

(voir liste)

SYMPOSIUM

(MSD)

15:00-15:45

Salle Elyssa

Modérateurs : Pr L. ouanes Besbes, Pr M. Ferjani

Les Pneumonies en Réanimation.

Pr F Abroug

CONFÉRENCES

Salle Elyssa

15:45-16:40

Modérateurs : Pr N. Brahmi, Pr I. Labbene, Pr A. Toumi

15:45-16:10 : Expérience du Meropenem dans un service de réanimation.

Dr J. Cousson

16:10-16:30 : Cinétique de la Procalcitonine dans la prise en charge des PAVM

Pr Ag I. Chouchéne

16:30-16:40 : Discussion

E POSTERS

16:40-17:00

Salle El Kehna

Pause café

SYMPOSIUM

(Pfizer)

17:00-18:00

Salle Elyssa

Modérateurs : Pr S. Ben Lakhal, Pr C. Ben Hamida

17:00-17:20 : Infections à bacilles à Gram négatif multi-résistants : un défi permanent, actualités et nouvelles options thérapeutiques.

Pr M Wolff

17:20-17:30 : Discussion

17:30-17:50 : Optimizing antibiotic therapy (Visioconférence).

Pr M Bassetti

17:50-18:00 : Discussion

FLASH COMMUNICATIONS		18:00-19:00
Flash Communications 1		Salle Zina
Modérateurs : Pr M. Bahloul, Pr M. Fekih Hassen, Pr Ag I. Chouchene		
Flash Communications 2		Salle Aziza
Modérateurs : Pr Ag Z. Hajjej, Pr Ag H. EL Ghord, Pr Ag Y.Z. El Hechmi		
Flash Communications 3		Salle Oulaya
Modérateurs : Pr Ag S. Ayed, Pr Ag T. Merhebene, Pr Ag F. Daly		
Flash Communications 4		Salle Elyssa
Modérateurs : Pr N. Kouraichi, Pr Ag A. Mokline, Pr Ag A. Jamoussi		

SAMEDI 30 NOVEMBRE 2019

E POSTERS	Salle El Kehna	08:00-09:00
-----------	----------------	-------------

CONFÉRENCES	Salle Elyssa	09:00-11:00
Modérateurs : Pr M Besbes, Pr A. Demoule, Pr F. Abroug, Pr M. Fékih Hassen		
09:00-09:20 : Optiflow Vs VNI dans le SDRA.		Pr A. Mercat
09:20-09:50 : Controverse. BiLevel dans le SDRA		
Pour :		Pr Ag YZ. El Hechmi
Contre :		Pr M. Bahloul
09:50-10:05 : Discussion		
10:05-10:25 : Hypercapnie dans le SDRA : Tolérée ou non		Pr A. Mercat
10:25-10:45 : Gestion des apports hydriques dans le SDRA		Pr JL. Teboul
10:45-11:00 : Discussion		

E POSTERS	Salle El Kehna	11:00-11:30
Pause café		

SYMPOSIUM	(Fresenius Kabi)	11:30-12:00
-----------	------------------	-------------

Modérateurs : Pr A.A Mesaadi, Dr J. Cousson		
Alimentation parentérale : quoi de neuf.		Dr J. Cousson

CONFÉRENCES	Salle Elyssa	12:00-13:00
-------------	--------------	-------------

Modérateurs : Pr E. Maury, Dr O. Hamzaoui, Pr F. Dachraoui		
12:00-12:20 : Pancréatite aigue		Pr E. Maury
12:20-12:30 : Discussion		
12:30-12:50 : Prévention de l'hémorragie digestive		Pr E. Maury

E POSTERS.	Salle El Kehna	12:45-13:30
------------	----------------	-------------

13:00-14:30 : Déjeuner		
------------------------	--	--

ATELIERS	(voir liste)	14:30-15:15
----------	--------------	-------------

CONFÉRENCES	Salle Elyssa	15:15-16:15
-------------	--------------	-------------

Modérateurs : Pr H. Ghédira, Pr W. Naija, Pr F. Abroug		
15:15-15:35 : Prise en charge ventilatoire des BPCO en Réanimation		Pr A. Demoule
15:35-15:45 : Discussion		
15:45-16:05 : Nouvelles recommandations dans la prise en charge de l'Asthme Aigu Grave		Pr A. Demoule
16:05-16:15 : Discussion		

16:15 : CLÔTURE		
------------------------	--	--

PROGRAMME DES INFIRMIERS

VENDREDI

29 NOVEMBRE 2019

08:00-10:00 : ACCUEIL ET INSCRIPTION

CONFÉRENCES

Salle Zina-Aziza

Modérateurs : Dr S. Ayed, Dr H. Ghadhoun, Dr S. Ben Abdallah

10:00-10:30 : Gestion de la sédation en réanimation

Dr S. Ayed ; Mme S. Ben Dhaou (Ariana)

10:30-11:00 : Complications liées aux voies d'abords veineuses

Dr S. Ben Abdallah ; H. Bchir (Monastir)

11:00-11:30 : Pause café

Modérateurs : Dr J. Guissouma, Dr K. Meddeb, Dr I. Fathallah

11:00-11:30 : Faut-il autoriser les visites en réanimation

Dr K. Meddeb ; Mme C. Abdesslem (Sousse)

11:30-12:00 : Nébulisations, moyens et méthodes

Dr I. Fathallah ; Mme N. Jlel (Ben Arous)

12:00-12:30 : Alimentation entérale

Dr H. Ghadhoun ; Dr J. Guissouma (Bizerte)

13:00 : Déjeuner

PARTENAIRES



hikma.



The logo features a central white rectangular box with a dark blue border and a subtle gradient. This box is set against a light blue background that has a dark blue downward-pointing chevron shape at the bottom. The text "Flash Communications" is centered within the white box.

Flash Communications

Planning Flash Com

DATE	HORAIRE	SALLES	N° Flash Com
29 Novembre 2019	18:00	Zina	F.Com 01 – F.Com 12
		Modérateurs : Pr M. Bahloul, Pr M. Fekih Hassen, Pr Ag I. Chouchene	
		Aziza	F.Com 13 – F.Com 27
		Modérateurs : Pr Ag Z. Hajjej, Pr Ag H. EL Ghord, Pr Ag Y.Z. El Hechmi	
		Oulya	F.Com 28 – F.Com 42
		Modérateurs : Pr Ag S. Ayed, Pr Ag T. Merhebene, Pr Ag F. Daly	
		Elyssa	F.Com 43 – F.Com 53
		Modérateurs : Pr N. Kouraichi, Pr Ag A. Mokline, Pr Ag A. Jamoussi	

SESSION FLASH COMMUNICATIONS 1

F.C 001 : FACTEURS PRÉDICTIFS DE DEVENIR FONCTIONNEL DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX AUX URGENCES

Auteurs : Mabrouk.M, Ghazali.H, Touj.H, Chermiti.I, Ben Garfa.A, Azouzi.F, Souissi.S

Service : Service des urgences-SMUR Hôpital régional de Ben Arous

Introduction : L'accident vasculaire cérébral (AVC) constitue une véritable épidémie mondiale avec un taux élevé de mortalité et un degré de dépendance fonctionnelle majeur. Afin d'améliorer le pronostic fonctionnel des patients atteints de cette pathologie grave et invalidante, plusieurs études se sont intéressées aux facteurs prédictifs de dépendance fonctionnelle mais peu ont été publiées à partir des services des urgences (SU)

Objectif : Identifier les facteurs prédictifs de mauvais pronostic fonctionnel des patients atteints d'AVC constitués aux SU.

Méthode : Étude prospective menée sur cinq ans et demi. Nous avons inclus les patients adultes présentant des signes neurologiques systématisés d'installation brutale évocateurs d'AVC. Un recueil des paramètres épidémiologiques, et scannographiques a été réalisé. Calcul des scores National Institute Health Stroke Scale (NIHSS) et Rankin modifié (mRS). Pronostic évalué à trois et six mois sur le devenir fonctionnel des patients estimé par le score mRS (mRS=4 ou 5 était considéré comme une invalidité sévère). Les patients ont été répartis en deux groupes : patients à invalidité sévère (mRS =4 ou 5) versus patients à invalidité légère à modérée (mRS ≤3).

Résultat : Inclusion de 232 patients. Age moyen= 67±13 ans. Sex-ratio=1,41. Comorbidités n (%) : Hypertension artérielle 151 (65), diabète 83 (36), antécédents d'AVC 68 (30), tabagisme 61 (26), dyslipidémie 48 (21) et fibrillation auriculaire 30 (13). Score NIHSS moyen = 9±6 et score de Glasgow moyen= 13±2. Deux cents deux patients (87%) avaient une autonomie antérieure normale (mRS≤ 2). AVC ischémique (74%). À 3 mois une invalidité sévère a été retrouvée chez 41 patients (18%) avec à l'étude multivariée l'âge >70 ans (ORajusté=1,49; IC95% [1,11; 2,19]; p=0,04), un NIHSS ≥ 11 (ORajusté=1,86; IC95% [1,23; 2,81]; p=0,003), et un score de Glasgow ≤ 11 (ORajusté=1,57; IC95% [1,13; 2,56]; p=0,04) étaient associés de façon indépendante à un pronostic fonctionnel sévère. À 6 mois, 16% des patients ont gardé un handicap fonctionnel sévère et à l'étude multivariée on retrouve un NIHSS ≥ 11 (ORajusté=2,42; IC95% [1,62; 3,62]; p<0,001), un score de Glasgow ≤ 12 (ORajusté=1,57; IC95% [1,03; 2,38]; p=0,03) et l'AVC hémorragique (ORajusté=1,55; IC95% [1,02; 2,36]; p=0,03) comme des facteurs indépendants prédictifs du pronostic fonctionnel.

Conclusion : L'identification précoce, dès le premier contact médical, des facteurs pouvant conditionner le devenir fonctionnel ultérieur des patients est importante afin de minimiser les séquelles potentiellement lourdes liées à cette pathologie.

F.C 002 : LES ETATS DE MAL EPILEPTIQUES TONICO-CLONIQUES GENERALISEES : MORTALITE ET FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC

Auteurs : A. Mehdi*, F. Daly, H. Fazzeni, M. Tobbich, E. Seghir, A. Trifi, Y. Touil, S. Abdellatif, S. Ben Lakkhal

Service : Service de réanimation médicale CHU la Rabta

Introduction : Malgré la protocolisation de la prise en charge de l'état de mal épileptique tonico-clonique généralisé (EMETCG), la mortalité reste élevée en réanimation. Une parfaite connaissance des éléments pronostiques défavorables est essentielle à la prise en charge de tels patients

Objectif : L'objectif de notre étude était d'étudier la mortalité et les facteurs de mauvais pronostic devant la diversité offerte par la littérature rendant la maîtrise de ces facteurs un peu aléatoire.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique. Elle a été réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis. Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et étiologiques de tous les patients admis pour un EMETCG entre le 1^{er} janvier 2013 au 30 juin 2017, ont été étudiés.

Résultat : Nous avons colligés 101 patients. L'âge moyen était de 43 ans (±15 ans) avec un genre-ratio de 1.65. L'épilepsie était l'antécédent le plus fréquent présente chez n=39 (38,6%). L'IGSII moyen était de 33,3 (±14,1), l'APACHEII moyen était de 14,4 (±6,8) et le SOFA score médian de 3 (1-7). Le STESS score était ≥3 chez 63 patients (62%). L'EME était réfractaire chez 85 patients (84%). La cause la plus fréquente de l'EME de NOVO retenue était l'infection du système nerveux central (44%) et l'étiologie la plus fréquente retenue chez les épileptiques était la mal-observance thérapeutique (56%). La durée de séjour médiane était de 13 jours (6- 22,5). L'évolution était défavorable chez 40 patients, soit une mortalité observée de 39,6%. L'antécédent d'épilepsie et d'insuffisance rénale chronique, l'association de l'EME a une détresse respiratoire ou a une insuffisance circulatoire aigue, le caractère réfractaire ou super-réfractaire de l'EME, la présence d'une agression rénale aigue, une imagerie cérébrale pathologique, le recours à l'anesthésie générale en première intention et la survenue d'un état de choc au cours du séjour étaient des facteurs de risque indépendants liés à la mortalité (tableau 1). L'analyse multivariée a retenu le caractère réfractaire de l'EME (OR= 9,35; IC 95%; [1,05-83,84] p=0.046), un score IGSII ≥44 (OR=4,74; IC 95%;[1,56-14,40]p=0.006) et un état de choc au moment de la survenue de l'EME (OR= 3,67; IC 95%; [1,04-12,90] p=0.043) comme facteurs de mauvais pronostic.(tableau)

Conclusion : L'EMETCG est un motif fréquent en réanimation et se présente souvent sous sa forme sévère (réfractaire et super-réfractaire). L'EMETCG reste une urgence thérapeutique grevée d'une mortalité élevée qui dépend de la gravité des patients et des complications pouvant survenir.

Tableau 1 :facteurs de risque de mortalité au cours d'un EME

	GV (n=60)	GD (n=41)	P	OR (IC 95%)
épilepsie	28 (72%)	11 (28%)	0,044	0,42 (0,18-0,99)
I ^m rénale chronique	2 (20%)	8 (80%)	0,014	7,03 (1,41-35,08)
Détresse respiratoire	34 (51,5%)	32 (48,5%)	0,027	2,72 (1,11-6,68)
I ^m circulatoire aigue	55 (64,7%)	30 (35,3%)	0,012	4,03 (1,28-12,70)
Agression rénale aigue	8 (36,4%)	14 (63,6%)	0,013	3,37 (1,26-9,03)
Anesthésie générale	45 (52,9%)	40 (47,1%)	0,002	13,33 (1,69-105)
Etat de choc	6 (30%)	14 (70%)	0,003	4,67 (1,61-13,5)

I^m : insuffisance ; GV : groupe des patients vivants ; GD : groupe des patients décédés ; OR : odds-ratio ; IC 95% : intervalle de confiance a 95%

F.C 003 : REFRACTORY GENERALIZED CONVULSIVE STATUS EPILEPTICUS : MORTALITY AND INTENSIVE CARE UNIT STAY COMPLICATIONS

Auteurs : H.Fazzeni*, F.Daly ; A.Mehdi ; E.Seghir ; M.Tobich ; A.Trifi ; Y.Touil ; S.Abdellatif ; S. Ben Lalkhal

Service : Hôpital la Rabta, service de réanimation médicale

Introduction : Refractory generalized convulsive status epilepticus (RSE) is a life-threatening condition and a common reason of admission to the intensive care unit (ICU). How often RSE occurs, few studies have evaluated the impact of refractoriness on ICU stay complications and mortality.

Objectif : The aim of this study is to determine the mortality and ICU stay complications of refractory generalized convulsive status epilepticus (RSE) in comparison with non-refractory generalized convulsive status epilepticus (NRSE).

Méthode : We conducted a retrospective study in an 8-bed medical ICU that included patients admitted with generalized convulsive status epilepticus (GCSE) between January 2013 and June 2017. GCSE was defined as 5 or more minutes of either continuous seizure activity or repetitive seizures without regaining consciousness. Refractory status epilepticus (RSE) was defined as status epilepticus refractory to 2 antiepileptic drugs and requiring anesthetic agents for seizure control.

Résultat : A total of 101 patients were diagnosed with GCSE during the study period. We obtained two groups: RSE group and NRSE group. Out of 101 patients, 85 had RSE (84%) and 16 had NRSE (15%). The two groups showed no statistically significant differences regarding baseline clinical and demographic characteristics. Health care-associated infections (HAI) were exclusively recorded in the RSE group. Occurrence of shock was more important in the RSE group. These results were not statistically significant. However, refractoriness increased the risk of pulmonary embolism in patients with GCSE (p=0.002). Table 1 illustrates ICU stay complications in both groups. Overall mortality was 39.6% (n=40). Multivariate analysis revealed that refractoriness was an independent predictor of mortality (p=0.046).

Conclusion : RSE is more frequent than NRSE. Our study showed that RSE is associated with a higher occurrence of ICU stay complications and a higher mortality rate.

Table 1: ICU stay complications in RSE and NRSE groups

Variable	NRSE (n=16)	RSE (n=85)	p-value	OR (IC95%)
Shock	1 (6%)	15 (94%)	0.456	3.21 (0.39-26.24)
HAI	0	12 (100%)	0.205	0.82 (0.74-0.90)
Pulmonary embolism	4 (7%)	56 (93%)	0.002	5.97 (1.71-19.6)

NRSE: Non-refractory status epilepticus; n= effective; RSE: refractory status epilepticus; OR= Odds-ratio; IC95%= 95% confidence interval; HAI: health care-associated infections

F.C 004 : ASSOCIATION DE LA VARIATION DE LA CHLORÉMIE AVEC LA MORTALITÉ CHEZ LES PATIENTS EN ÉTAT SEPTIQUE GRAVE

Auteurs : E.Sghaier*, Y.Touil, D.Sakis, F.Daly, A.Trifi, R.Nasri, S.Abdellatif, S.Ben Lalkhal

Service : Hôpital La Rabta service de réanimation médicale

Introduction : Le chlore joue un rôle primordial dans plusieurs fonctions de l'organisme comme la balance hydro électrolytique et l'équilibre acidobasique, mais l'effet néfaste de l'hyperchlorémie en milieu de réanimation reste un sujet controversé.

Objectif : L'objectif de notre étude est d'étudier les caractéristiques cliniques et de déterminer s'il existe une association entre la chlorémie et la mortalité chez les patients hospitalisés pour états septique grave.

Méthode : C'est une étude rétrospective mono centrique réalisée au service de réanimation médicale La Rabta sur une période de 1 an incluant tous les patients d'âge >18ans admis pour sepsis ou état de choc septique et qui ont bénéficié d'un dosage de la chlorémie à

l'admission (Cl0) et à H72 (Cl72). Le delta chlore a été calculé, qui est égal à la différence entre Cl0 et Cl72. Ont été exclus les patients dont la durée de séjours était inférieure à 72 heures. Définition : L'hyper chlorémie est définie supérieure ou égale à 110.

Résultat : Durant la période de l'étude 58 patients sont été inclus. L'âge moyen était 49±17 avec un sexe ratio de 1.23. Le score SOFA médian était de 6 [4-9]. La porte d'entrée la plus fréquente était pulmonaire dans 69%(n=40) des cas, suivie par la neuroméningée à 22,4 %(n=13). Les patients provenaient essentiellement du service des urgences dans 46,6% (n=27) des cas. 11 patients (18.9%) avaient une hyper chlorémie à l'admission. La valeur médiane de la chlorémie à l'admission était de 102 [97-108], à H72 était de 106[100-110] et celle de delta chlore était de 4 [0,75-9]. La médiane de la créatinine à l'admission était de 9 mg/l [7-16]. La prise de médicaments toxique et l'injection de produits de contraste étaient observées respectivement dans 37.9% et 48.3% des cas. 22 patients ont eu recours à l'hémodialyse. 46 patients ont été mis sous vasopresseurs et 51 ont été ventilés avec une médiane de durée de ventilation mécanique était de 6j [3-13]. La durée médiane de séjour était de 7j [5-15] et la mortalité était de 60,3% (n=35). En analyse univariée, la Cl0 et le delta chlore étaient associés à une mortalité avec une p respectivement à 0.001 et 0.01. La médiane de Cl0 chez les non survivants était de 101 [94-107] et celle de delta chlore était de 6 [3.5-10]. Cependant, la Cl 72 n'est pas associée à une mortalité (p=0.50). En analyse multi variée, les facteurs prédictifs de mortalité étaient (voir tableau).

Conclusion : Dans notre étude, le delta chlore présente un facteur prédictif de mortalité chez les patients en état septique grave. Une étude plus large semble nécessaire pour mieux comprendre la relation entre la chlorémie et la mortalité.

	p	Odds Ratio	IC 95%
hémodialyse	0.011	18	[1.9-159]
Déelta chlore	0.010	1.28	[1.06-1.54]

F.C 005 : INCIDENCE DE L'INSUFFISANCE RENALE AIGUE CHEZ LE POLYTRAUMATISE SELON LA CLASSIFICATION KDIGO

Auteurs : R.Ammar, S.Heni, F.Zouari*, K.Chtara, M.Bahloul, Ch.Ben Hamida, H.Chelly, M.Bouaziz

Service : Service de réanimation polyvalente de CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction : La survenue d'une insuffisance rénale aigue (IRA) chez le polytraumatisé est une complication grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Les mécanismes physiopathologiques sont complexes.

Objectif : L'objectif de notre étude est de décrire les aspects épidémiologiques cliniques étiologiques et évolutifs de l'IRA post traumatique.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive prospective de 3 mois incluant les patients polytraumatisés hospitalisés au service de réanimation qui ont développé une IRA au cours de leur hospitalisation. L'IRA est définie selon les critères de KDIGO.

Résultat : Sur un ensemble de 37 patients polytraumatisés, 9 patients (24,32%) ont présenté une IRA d'origine traumatique avec un âge moyen de 38 ans (18 -75 ans) et un sex ratio H/F=8. A l'admission 8 patients ont présenté une détresse neurologique avec un GCS moyen à 9 (5-15). Une détresse respiratoire a été observée chez 7 patients avec un rapport gazométrique initial moyen de 226 (147-300). Tous les patients ont été ventilés. La PAM moyenne initiale a été de 77.33 mmHg avec recours aux catécholamines dans 77.77%. Le délai moyen de survenue de l'IRA a été au 2^{ème} jour (1-7j). Selon la classification de KDIGO, 5 patients ont été de (stade1), 2 patients (stade 2) et 2 patients (stade 3). L'oligoanurie a été observée chez 2 patients. Un seul patient a nécessité l'épuration extra rénale. L'étiologie de IRA a été fonctionnelle chez 6 patients, la nécrose tubulaire aigue (NTA) (3 patients) dont 2 patients NTA ischémique et 1 patient NTA toxique. La reprise de la fonction rénale a été totale chez 7 patients. La mortalité a été de 33.33%.

Conclusion : L'IRA au cours du polytraumatisme est un évènement fréquent et grave. Elle est généralement secondaire à l'hypo perfusion rénale causé de l'hémorragie secondaire au traumatisme et la rbdomyolyse.

F.C 006 : INCIDENCE DE SURVENUE DE L'INSUFFISANCE RENALE AIGUE EN MILIEU DE SOINS INTENSIF : COMPARAISON DES CRITERES RIFLE, AKIN, CK ET KDIGO

Auteurs : R.ammar,E.Ennouri*,F.Zouari,N.Baccouch, M.Bahloul, Ch.Ben Hamida, H.Chelly, M.Bouaziz

Service : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : L'insuffisance rénale aiguë (IRA) constitue un facteur indépendant de surmortalité chez les malades de soins intensif. Plusieurs classifications ont essayé de définir l'IRA et d'en préciser la gravité.

Objectif : Comparer l'incidence de survenue de l'IRA selon RIFLE, AKIN, CK ET KDIGO.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle mono centrique menée sur une période de 06 mois. Nous avons inclus les patients dont l'âge ≥18 ans et la survenue d'insuffisance rénale aigue est définie selon les critères RIFLE, AKIN, CK et KDIGO. Nous avons exclu les patients ayant une insuffisance rénale chronique (IRC) au stade terminal sous hémodialyse.

Résultat : Nous avons inclus 171 patients. L'âge moyen de nos patients a été de 49.26 ± 19.86 ans. sex ratio à 2. Le score APACHE II moyen a été de 15,1±7,5 points. Le score SOFA moyen a été de 6.7±2.9 points. La durée moyenne de séjour en réanimation a été de 14.2 jours ± 12.1. La créatinine moyenne des patients inclus a été de 109.4 µmol/L. Une créatinine supérieure ou égale à 110 µmol/L a été retrouvée chez 27.5% des patients. Le taux de mortalité a été de 30%. L'incidence de l'IRA a été selon la classification de FIFLE (32.2%), AKIN (46.8%), KDIGO (46.8%) et CK (45%). Le pouvoir prédictif de survenue d'IRA analysé par la courbe ROC a été selon la classification de RIFLE (ASC=0.840), AKIN (ASC=0.994), KDIGO (ASC=0.994) et CK (ASC=0.975). Le pouvoir prédictif de mortalité analysé par la courbe ROC a été selon la classification de RIFLE (ASC=0.696), AKIN (ASC=0.763), KDIGO (ASC=0.763) et CK (ASC=0.753).

Conclusion : Les classifications KDIGO et AKIN semblent être les outils diagnostiques les plus sensibles de l'IRA.

F.C 007 : INSUFFISANCE RENALE AIGUE ET MORTALITE CHEZ LES PATIENTS SEPTIQUES

Auteurs : S.Achouch*, A.Trifi, E.Seghir, A.mehdi, H.Fazzeni, M.Toubich, F.Daly, Y.Touil, S.Abdellatif, S.Ben Lakhhal

Service : service de réanimation médicale CHU la RABTA

Introduction : L'insuffisance rénale aiguë (IRA) est un dysfonctionnement d'organe fréquemment associée à un état septique grave. Son impact sur la mortalité chez cette population particulière demeure un sujet d'intérêt.

Objectif : Le but était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques d'un sepsis associé à une IRA et de mesurer l'association entre IRA et la mortalité chez les patients hospitalisés pour état septique grave.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective mono centrique réalisée au service de réanimation médicale de la Rabta sur une période d'une année incluant tous les patients admis pour un état septique grave. Une insuffisance rénale aiguë a été définie par une augmentation de la créatinémie > 26 µmol/L en 48 h ou > 1,5 la valeur de base en 1-7 jours et/ou une oligurie < 0,5 ml/kg/h pendant 6 à 12 h. Une insuffisance rénale préexistante était un critère d'exclusion. On a défini deux groupes: 1 : Sepsis associé à une IRA et groupe 2: Sepsis sans IRA.

Résultat : Durant la période de l'étude, 61 patients ont été inclus. Les patients ayant une insuffisance rénale aiguë initiale étaient 20 patients soit une fréquence de 32,8%. L'âge moyen était plus avancé dans le groupe sepsis plus insuffisance rénale aiguë (56 vs 46 ans, p=0.04). Le sexe féminin était prédominant dans ce groupe avec un sex ratio était 0,42 avec une différence significative.

Egalement, ce groupe avait des scores de gravité plus importants: Le score SOFA: 7,85 vs 5,4 (p=0,05), APACHII: 19,95 vs 14,65 (p=0,015) et IGSII 50,9 vs 16,12 (p=0). La mortalité était de 80% dans le premier groupe alors qu'elle était de 51,2% dans le deuxième groupe. L'insuffisance rénale aiguë était un facteur prédictif de mortalité avec un p=0,05 et OR 1,46[1,05,2,04]. En outre l'IGII supérieur à 11, l'anurie, l'utilisation des diurétique, le recours aux vasopresseurs, la ventilation mécanique et l'hémodialyse étaient aussi des facteurs prédictifs de mortalité dans l'analyse analytique univariée. Dans l'analyse multivariée, aucun facteur de risque indépendant n'a été retrouvé.

Conclusion : L'IRA associé à un état de sepsis grave est grevée d'une lourde mortalité. Néanmoins, elle est associée à d'autres facteurs notamment l'IGII supérieur à 11, l'anurie, l'utilisation des diurétiques, le recours aux vasopresseurs, la ventilation mécanique et l'hémodialyse

		Groupe 1 (n=20)	Groupe 2 (n=41)	p	OR
Epidémiologie et scores de gravité	Fréquence	20 (32,8)	41 (67,21)	-	
	Age	56,65 ± 16,4[28-83]	46,59±17,25[14-83]	0,04	
	Sexe ratio H/F	6/14 (0,42)	27/14(1,92)	-	
	Mortalité	16 (80%)	21 (51,2%)	0,05	--
	SOFA	7,85± 3,43[3-15]	5,4±3,3[0,023	
	APACH II	19,95±6,29[7-36]	14,6±8,39[0,015	
	IGSII	50,9±12,34[31-86]	16,12±16,12[0	
Facteurs prédictifs de mortalité	IRA	20 (32,8)	41 (67,21)	0,05	1,46 [1,05,2,04]
	IGII>35	19(95%)	21(51,21%)	0,01	4,28 [1,39-13,14]
	Anurie	8(40%)	3(7,31)	0,002	6,7 [1,58-28,38]
	Diurétique	18(90%)	8 (19,51)	0	11,5 [2,89-45,71]
	Vasopresseur	18(90%)	8 (19,51)	0,003	8 [1,9-33,9]
	Ventilation mécanique	19(95%)	34 (82,92%)	0	-
	Hémodialyse	14(70%)	10 (24,39%)	0	9,18[2,32-36,28]

F.C 008 : LACTATE CLEARANCE IN SEPTIC ACUTE KIDNEY INJURY: A RISK AND A PROGNOSTIC FACTOR

Auteurs : K.Bouchaala*, R.Ammar, M.Yousfi, H.Kallel, F.Zouari, C.ben hamida, M.Bahloul, M.bouaziz

Service : CHU Habib Bourguiba service de réanimation médicale

Introduction : Severe sepsis and septic shock are a leading cause of death in the world. Septic acute kidney injury (S-AKI) is a frequent complication in the critically ill patient and is associated with high morbi-mortality.

Objectif : We hypothesized that lactate clearance could remain predictive for kidney and survival outcomes. Thus, we investigated the predictive and prognostic value of lactate concentration and lactate clearance for S-AKI.

Méthode : Prospective, observational study in a mixed medical surgical ICU in a university hospital. Seventy-five patients hospitalized in the ICU had septic shock in admission or during their hospitalization were included. Two groups were compared: patients with kidney injury (AKI+ group) and patients without kidney injury (AKI- group). We measured initial blood lactate concentration during the first day of septic shock and at hour 24(H24). Lactate clearance was calculated as followed: $[(\text{lactate initial} - \text{lactate H24}) / \text{lactate initial}] \times 100\%$.

Résultat : The mean (SD) age was 56.43(18) years. Sex ratio was 1.91. Fifty-two (70%) patients developed AKI. SAPSII and SOFA score in admission were higher in patients with kidney injury respectively [(59 Vs 44 points; (p= 0.002)], (6.5 Vs 4 points;(p=0.003))] respectively. The serum lactate level was significantly higher in (AKI +) group patients during the first day of septic shock [6.12± 1.38 mmol/l (AKI+)Vs 4.11±0.79 mmol/l(AKI-);(p=0.002)] and its clearance was lower [(32±10.99% (AKI +)Vs 61±13%(AKI-);(p=0.001)]. The receiver operating characteristic showed that a lactate clearance less than 52% was associated with kidney injury. (Sensibility =90%; specificity=87%, AUC=0.90). Logistic regression found that lactate clearance was independently correlated to kidney failure occurrence (odds ratio = 0.80; 95% CI [0.70-0.91]). Lactate clearance was higher in survivors than in non survivors among patients with acute kidney injury [55, 8% vs. 27%;(p=0,001)].

Conclusion : During the first 24 hours of septic shock, lactate clearance was a parameter associated with AKI occurrence and mortality rate. Protocol of lactate clearance-directed therapy should be considered in septic patients to avoid kidney impairment and improve survival in these patients.

F.C 009 : HYPERCHLORÉMIE CHEZ LES BRÛLÉS EN RÉANIMATION : INCIDENCE, FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC.

Auteurs : L.Debbiche*, H.Sfar, H.Fredj, S.BelhajYoussef, S.Sboui, I.Rejeb, A.Mokline, AA.Messadi

Service : Service de réanimation des brûlés. Centre de Traumatologie et des Grands brûlés.

Introduction : L'hyperchlorémie est un trouble métabolique fréquent retrouvé en réanimation (incidence= 25%) (1), fréquemment compliqué d'acidose métabolique, d'insuffisance rénale aigue (IRA) et d'une mortalité importante.

Objectif : Notre objectif était de déterminer l'incidence de l'hyperchlorémie chez les brûlés en réanimation et de rechercher les facteurs de risque et les complications inhérentes à l'hyperchlorémie décrites dans la littérature.

Méthode : Etude monocentrique prospective descriptive et comparative réalisée au service de réanimation des brûlés sur une période de 6 mois (avril-septembre 2019). Ont été inclus tous les patients admis pour brûlures étendues (surface cutanée brûlée (SCB)> 15%), n'ayant pas d'insuffisance rénale chronique. La ressuscitation hydro-électrolytique était basée sur la formule de Parkland chez tous les patients. Ces patients ont bénéficié quotidiennement d'un bilan hydro-électrolytique sanguin et urinaire et d'une gazométrie. Les patients décédés dans les 24h suivant l'admission étaient exclus secondairement. L'hyperchlorémie a été définie par un dosage ≥ 107 mmol/L.

Résultat : Deux-cent vingt trois patients ont été inclus dont 67 ont présenté une hyperchlorémie (incidence = 30%). L'âge moyen était de 39 +/- 18 ans, le sex-ratio était à 2,7. La SCB moyenne était de 45,5 +/- 21,4%. La chlorémie moyenne était de 112,5 mmol/L +/- 4. Trente-deux patients (47.8%) présentaient une hyperchlorémie dès l'admission (groupe 1) et 35 (52.2%) l'ont développé durant leur hospitalisation (groupe 2). Parmi les patients du groupe 1 : Vingt-cinq étaient transférés secondairement (78%) dans un délai moyen de 26 +/- 20 heures. Cette hyperchlorémie était liée à un remplissage massif par du sérum salé isotonique chez 20 patients (62,5%) avec une quantité moyenne perfusée de 8 litres +/- 4.7, et à un état de choc hypovolémique chez quinze patients (46.9%). Chez les patients du groupe 2, le délai moyen de développement d'une hyperchlorémie était de 6 +/- 4 jours post brûlure. Cette hyperchlorémie était secondaire à un état de choc septique, chez 32 patients (91,4%) et à un état de choc hypovolémique (n = 3, 8.6%). Elle était associée à une hypernatrémie chez 20 patients, à une acidose métabolique hyperlactique chez 9 patients et à une alcalose respiratoire chez 6 patients. Une hypo-protidémie associée était retrouvée chez 12 patients. Les complications de l'hyperchlorémie retrouvées chez nos patients étaient: l'acidose métabolique hyperchlorémique (n=41, 61%) et l'IRA (n=39, 58.2%). La durée de séjour moyenne était de 11 jours +/- 4. La mortalité était importante (67.2%). La comparaison des groupes est détaillée dans le tableau et figure suivants.

Conclusion : L'hyperchlorémie chez les brûlés est fréquente (incidence=30%) et fréquemment compliquée d'acidose métabolique (61%), d'IRA (58.2%) et d'une mortalité importante (67.2%). La correction de ce trouble dans les brefs délais pourrait améliorer le pronostic des patients brûlés.

Tableau : Comparaison des complications de l'hyperchlorémie dans les 2 groupes

		Groupe 1 : Patients ayant présenté une hyperchlorémie initialement (n=32)	Groupe 2 : Patients ayant présenté une hyperchlorémie secondairement (n=35)	p
acidose métabolique hyperchlorémique	Incidence	n=22 (68,8%)	n= 19 (54,3%)	0,22
	pH moyen	7,29	7,23	0,34
	HCO3- moyens (mmol/L)	20,3	19,3	0,45
Insuffisance rénale aigue	incidence	n= 12 (38,7%)	n=27 (77,1%)	0,02
	urée moyenne (mmol/L)	9,4	19,4	0,03
	créat moyenne (µmol/L)	106	164	0,04
	EER	n= 1 (3,2%)	n= 5 (14,3%)	0,12
mortalité		n= 17 (53,1%)	n= 28 (80%)	0,019

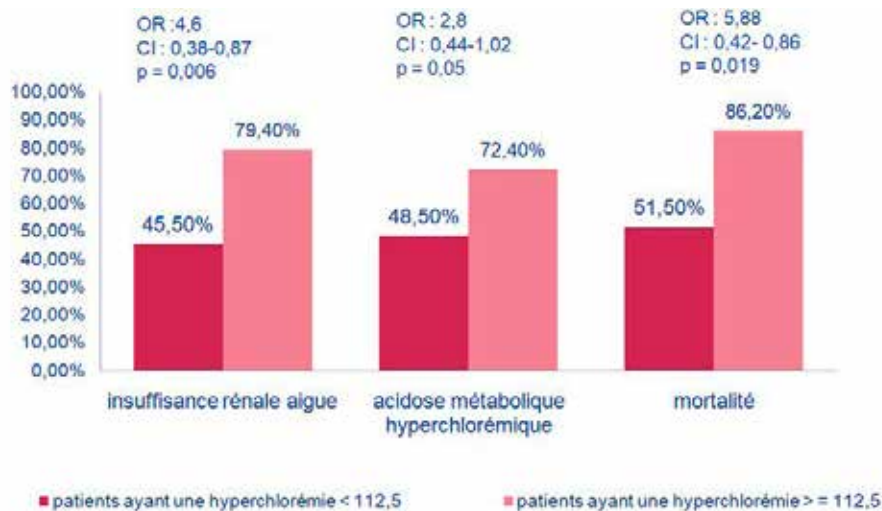


Figure: Comparaison des complications chez les patients ayant une chlorémie > 112.5 et < 112.5 mmol/L

F.C 010 : INSUFFISANCE RENALE AIGUE INDUITE PAR L'HYPOXEMIE : INCIDENCE ET ETUDE DE CORRELATION

Auteurs : H.Fazzeni* ; A.Trifi ; A.Mehdi ; E.Seghir ; M.Tobich ; F.Daly ; Y.Touil ; S.Abdellatif ; S. Ben Lalkhal

Service : Hôpital la Rabta, service de réanimation médicale

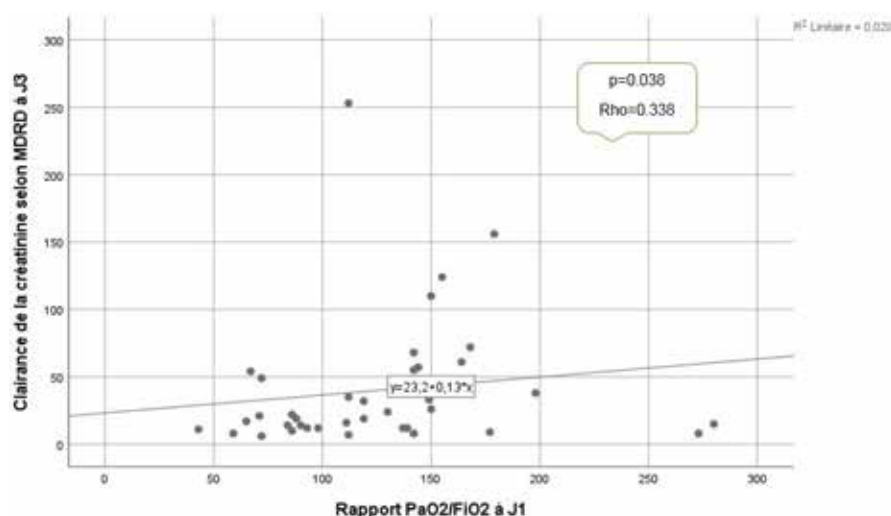
Introduction : L'insuffisance rénale aiguë (IRA) est une complication fréquente en réanimation de l'ordre de 20% souvent causée par une hypoperfusion. L'IRA induite ou aggravée par l'hypoxémie est rarement reportée en réanimation. Son incidence et sa pathogénie ne sont pas complètement élucidés.

Objectif : Etudier la relation entre l'hypoxémie et la survenue ou l'aggravation de l'IRA.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective comparative descriptive et analytique dans le service de réanimation médicale la Rabta. Nous avons inclus les patients ayant présenté une hypoxémie quelque en soit l'étiologie entre Janvier 2016 et aout 2019. Ont été exclus les patients présentant une insuffisance rénale chronique. L'IRA a été retenue et classée selon les critères de la Kidney Disease/Improving Global Outcome 2012 (KDIGO 2012). Les données gazométriques et de la fonction rénale (urée, créatinine et clairance) ont été étudiées au premier, troisième et septième jour de l'évolution (J1, J3, J7).

Résultat : Nous avons colligé 50 patients ayant présenté une hypoxémie dont le syndrome de détresse respiratoire aiguë était la cause majeure. Nous avons défini deux groupes : groupe des patients ayant présenté une IRA (n=30) : GIRA et groupe des patients n'ayant pas présenté une IRA (n=20) : GNIRA. L'incidence de l'IRA au cours d'une hypoxémie était de 60%. Les caractéristiques clinico-démographiques étaient comparables dans les deux groupes avec un âge moyen de 47 ± 16 et un sex-ratio à 1.77. Le principal antécédent était l'existence d'une pathologie respiratoire chronique (n=18, 36%). L'étude comparative des caractéristiques biologiques et gazométriques a montré un pH médian moindre dans le GIRA (7.20 [7.8-7.33] vs. 7.34 [7.27-7.41], $p=0.003$) et une CRP plus élevée dans le même groupe (201 [119.75-325.75] vs. 117.5 [29.5-225.25], $p=0.023$). La clairance de la créatinine selon MDRD à J3 était significativement corrélée au rapport gazométrique PaO₂/FiO₂ à J1 (Rho=0.338, $p=0.038$). (Figure 1). L'étude analytique univariée a montré que le recours à la ventilation non invasive (VNI), le choc septique (CS) et le recours aux cathécolamines étaient significativement corrélés à la survenue d'une IRA chez les patients hypoxémiques avec respectivement : $p=0.035$, $p=0.01$ et $p=0.008$. Les facteurs augmentant le risque de survenue d'une IRA au cours d'une hypoxémie retenus à l'étude multivariée étaient le CS ($p=0.016$; OR=11.08 et IC95%= 1.56-83.84) et le recours à la VNI ($p=0.033$; OR=6.18 et IC95%= 1.16-34.07). La mortalité globale était de 68% (n=34). L'IRA était un facteur prédictif de mortalité. ($p=0.017$; OR=6 et IC95%= 1.35-26,64).

Conclusion : L'IRA induite par l'hypoxémie est une complication fréquente associée à une surmortalité. Notre étude suggère que la fonction rénale est corrélée au degré de l'hypoxémie et que cette corrélation se distingue plutôt 48H de l'hypoxémie.



F.C 011 : LE DEGRE D’AFFIRMATION DE SOI CHEZ LES CADRES PARAMEDICAUX NOVICES TRAVAILLANT EN MILIEU HOSPITALIER

Auteurs : A.Harzali, M.Soussi, M.Ajmi, E.BenAmara, R.BenRhaiem, M.Kahloul, W.Naija

Service : Service d’anesthésie et réanimation Sahloul

Introduction : S’avoir s’affirmer est indispensable pour un équilibre dans une relation réussie avec les autres voire la clé du succès. L’affirmation de soi est une attitude qui démontre que nous respectons, que nous reconnaissons nos goûts, nos talents et nos besoins.

Objectif : Décrire le degré d’affirmation de soi chez des cadres paramédicaux novices travaillant en milieu hospitalier et d’identifier les types de comportements qui peuvent retentir sur la qualité des soins.

Méthode : Il s’agit d’une étude descriptive transversale utilisant l’approche quantitative menée depuis la fin de l’année 2018 portant sur l’ensemble du personnel soignant exerçant dans les différents services des CHU Farhat Hached et Sahloul de Sousse et qui avait été embauché durant les trois dernières années (2016-2017 et 2018). Le recueil des données s’est basé sur un questionnaire préétabli adressé à 104 agents et qui a comporté la recherche des degrés d’affirmation de soi des cadres paramédicaux. Les informations recueillies ont été saisies et analysées grâce au logiciel statistique SPSS version 21.0.

Résultat : Notre étude a inclus des cadres paramédicaux des différents services des CHU Farhat Hached et Sahloul de Sousse, soit un taux de participation de 68,8%. D’après nos résultats, il est noté que l’échantillon est caractérisé par une prédominance féminine (82,6%) avec un sexe ratio égal à 0,23 et un âge moyen de $32,4 \pm 3$ ans avec une médiane égale à 32 ans. Plus que les 2/3 (68;6%) de la population étudiée étaient mariés. Plus des 3/4 (77,9%) avaient obtenu leur diplôme pendant l’année 2012. Notre étude concerne trois catégories de personnel hospitalier. Les infirmiers major sont majoritaires (61,6%), les techniciens supérieurs représentent 33,7% et les infirmiers principaux 4,7% avec un horaire de poste variable chez presque les trois quarts de la population (74,5%). Notre population était répartie sur tous les services des deux CHU avec une ancienneté moyenne dans la profession était de $1,63 \pm 1$ an.

Plus de la moitié de la population d’étude (53,5%) avait une ancienneté égale à un an dans la profession ans. Plus du 1/3 des soignants de l’étude (36%) rapportaient que l’environnement du travail dans leur service était adéquat. Cependant, l’environnement de travail n’était statistiquement lié qu’avec l’année du diplôme ($P=0,029$). Les résultats de cette étude ont montré que 5,8% des soignants interrogés présentent un faible degré d’affirmation de soi, 27,9% une attitude affirmée, 19,8% une attitude très affirmée et 36% une attitude agressive.

Conclusion : Dans notre enquête, de nombreuses modifications et améliorations se font attendre pour satisfaire les aspirations du personnel paramédical et les inciter à être doté d’une personnalité affirmative pour améliorer leur bien être pour mener à une meilleure qualité de soins.

F.C 012 : ARE INTENSIVE CARE RESIDENTS MORE EXPOSED TO ANXIETY/ DEPRESSION?

Auteurs : S.Kharrat*, Z.Hammouda, H.BenAhmed, W.Lazreg, M.Marzouk, L.Ouanes-Besbes

Service : *Service de Réanimation Polyvalente. CHU F.Bourguiba Monastir.*

Introduction : When compared to general population, mood disorders are more prevalent among health care workers and especially young doctors. Whether certain specialties are more exposed than others given the burden of workload and specific aspects is not known.

Objectif : The aim of this study is to assess the prevalence of anxiety and depressive symptoms among Tunisian young residents and verify whether they are more frequent in specialties with high workload such as Intensive Care Medicine.

Méthode : we conducted a cross-sectional survey in all Tunisian medical residents brought together between 14 and 22 December 2015 to choose their next 6-month rotation. The items of the Hospital Anxiety and Depression (HAD) questionnaire were employed to capture the prevalence of anxiety and/or depression among the residents. The statistical relationships between anxiety and depression (HAD score) and work-related data were explored by Poisson regression. In particular we compared a group of specialties including Intensive care, Anesthesiology, and Emergency medicine (Acute care group), to the rest of specialties.

Résultat : 1700 out of 2200 (77%) medical residents answered the questionnaire. Among these, residents who started the first semester of a new curriculum (n=320) were not included. 243 (17.6%) were in the acute care group. Overall, 73.5% of the participating residents had either definite (44.2%) or probable (29.3%) anxiety, while 65% had definite (33.5%) or probable (31.5%) depression symptoms. In the acute care group, these proportions were not substantially higher: 48.6% and 27.6% for definite and probable anxiety, respectively; and 37% and 31.7% for definite and probable depression, respectively. Total HAD score was significantly associated with the resident's age (OR=1.01, 95% CI 1.004 to 1.02, p=0.001); female gender; and the heavy burden of work imposed on a weekly or monthly basis, as reflected by the number of hours worked per week (0.3% increase per worked hour per week), and the number of night shifts per month (1.5% increase per night shift).

Conclusion : Anxiety/Depression symptoms are not more frequent in Intensive Care, Anesthesiology, or Emergency medicine residents. Rather, these symptoms are related to the socio-demographic status of residents, and the workload characteristics in general.

F.C 013 : LES INTOXICATIONS AIGUES AU BACLOFENE : EXPERIENCE DE 9 ANS DU SERVICE DE REANIMATION MEDICALE DE TUNIS

Auteurs : Yosra Ghali/ Hela Maamouri/ Meriem Fatnassi/ Nozha brahmi

Service : service de réanimation médicale et toxicologique/ CAMU Tunis

Introduction : Le Baclofène commercialisé sous le nom de « Liorésal » est un myorelaxant utilisé dans les contractures spastiques au cours de la sclérose en plaque ou au cours du tétanos. Il y'a eu un regain d'intérêt du baclofène en 2008 depuis la commercialisation du livre de Dr Ameisen en 2008 sur ses effets sur le sevrage alcoolique.

Objectif : Le but de ce travail était de décrire les aspects cliniques et pronostiques des intoxications au baclofène admises en réanimation.

Méthode : il s'agissait d'une étude étiologique, descriptive, monocentrique ayant inclus les patients admis au service de réanimation polyvalente du centre Mahmoud Yâacoub d'Assistance Médicale Urgente et de Réanimation de Janvier 2010 à Septembre 2019 pour une intoxication aigue volontaire au baclofène sur les données cliniques et toxicologiques. Les données démographiques, cliniques et pronostiques, la durée de ventilation, la durée de séjour ont été recueillies.

Résultat : Vingt-huit patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 27.5 ans [13-52]. Le sex-ratio H/F était de 0.33. Trois patients étaient connus éthyliques dont un seul était sévère. Deux patients avaient un trouble lié à l'usage de substance. L'intoxication était volontaire dans tous les cas et polymédicamenteuse dans 46,4% associant: benzodiazépine (4cas), phénobarbital (1cas), aux organophosphorés (1cas), chloralose (1cas), pyracétam (1cas), antidépresseurs tricycliques (2cas), neuroleptique (1cas). Il s'agissait du traitement du patient lui-même dans 13 cas (46.4%) prescrit devant une quadriplégie, parésie, rigidité des membres, neuromyopathie, encéphalopathie motrice. La moyenne de la dose supposée ingérée (en mg) était de 446±782 [60-3000]. Le délai moyen de consultation était de 3 heures ± 2[0-9]. Vingt-deux patients (78%) étaient comateux avec GCS<8 nécessitant le recours à la ventilation mécanique dont six présentaient un coma calme avec accès d'agitation et un seul cas de convulsion a été rapporté. Une bradycardie sinusale avec une FC ≤55bpm a été retrouvée chez 10 patients avec recours à l'atropine dans 7 cas (25%). Six patients étaient en état de choc dont quatre ont nécessités le recours aux catécholamines. L'hypothermie était présente dès l'admission dans n=8 (28%), un seul patient avait présenté à l'ECG une onde J d'Osbourne. La durée moyenne de ventilation était de 2 jours [1-5], avec une durée de séjour moyenne de 3±2 jours [1-10]. Un seul patient a présenté un syndrome de sevrage. Nous n'avons pas eu de cas de décès dans cette étude. A noter qu'il n'a pas été démontré une relation de corrélation significative entre la dose supposée ingérée en mg/kg et la présence d'un coma à l'admission (corrélation de Pearson à 0.25 et taux de signification à 0.19).

Conclusion : Les intoxications au baclofène bien que graves de part le coma, l'état de choc, l'hypothermie et la bradycardie que manifestent les patients précocement, une prise en charge symptomatique garante d'une bonne évolution.

F.C 014 : PROFILS DES INTOXICATIONS CHEZ LES PERSONNES AGES : ETUDE RETROSPECTIVE SUR CINQ ANS

Auteurs : Eya Sghaier/ Meriem Fatnassi/ Hela Maamouri/ Nozha Brahmi

Service : Service réanimation médicale et toxicologique/CAMU Tunis

Introduction : Les sujets âgés constituent une population extrêmement fragile. L'OMS retient le critère d'âge de 65 ans et plus pour définir la vieillesse. Nous disposons de peu de données relatives aux intoxications chez les personnes âgées qui peuvent être mortelles.

Objectif : le but de l'étude était de décrire les principales causes d'intoxication chez les personnes âgées, les circonstances, l'évolution et les facteurs de risque de mortalité de ces intoxications.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective, monocentrique, menée au Centre Mahmoud Yâacoub d'Assistance Médicale Urgente de Tunis, sur une période de cinq ans de Janvier 2013 à Décembre 2018. Les paramètres recueillis étaient les données relatives à l'intoxication (molécule, voie d'administration), les complications et la conduite thérapeutique.

Résultat : Nous avons inclus 88 cas d'intoxications chez les personnes âgées admis en réanimation. L'âge moyen était de 75 ± 7,4 ans. La population était divisée en 2 groupes d'âge : [65-80ans] n= 64 et les plus de 80 ans : n=24. Une prédominance féminine était notée avec un sex ratio de 0,72. Le score IGS II médian était de 28[23-38]. Les antécédents psychiatriques étaient présents chez 25% des patients. L'intoxication était majoritairement volontaire dans 50% des cas, accidentelle dans 37,5%, par soumission chimique dans 9,1% et par surdosage dans 3,4%. La voie d'intoxication la plus fréquente était orale dans 76,1% des cas (n=67) suivie par l'inhalation à 22,7% des cas (n=20). Les toxiques les plus incriminés étaient le CO dans 18,2 % (n=16) des cas, les organophosphorés dans 18,2% des cas (n=16) et les psychotropes (13,6%), les cardiotropes (13,6%), et les benzodiazépines (13,6%). Le délai de consultation médian était de 4 heures [2,75-8,25] et la durée médiane de séjour était de 2 jours [2-3]. L'analyse univariée a montré une corrélation significative entre les antécédents de tentatives de suicide qui survenaient chez 77,8% des patients déprimés avec p<0.05, un odds ratio à 24,1[4,38-132]. Treize patients (76,4%) aux antécédents de dépression, ont eu une intoxication par leur propre traitement avec une corrélation significative : p<0.05, odds ratio=10,3[2,96-35,89]. Le taux de mortalité dans la population était de 4,5%. L'étude univariée n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes d'âges (p=0,299). L'analyse multivariée a montré que le recours aux catécholamines était un facteur prédictif de mortalité avec p<0.05, odds ratio=60 IC [5-713].

Conclusion : Les personnes âgées sont sujettes à des formes graves de dépression généralement mal ou sous diagnostiquées avec comme conséquences des intoxications pouvant être mortelles d'où la nécessité de les dépister et de les traiter à temps.

F.C 015 : TENTATIVES DE SUICIDES NÉCESSITANT L'HOSPITALISATION EN RÉANIMATION : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ÉVOLUTIFS.

Auteurs : Guissouma J, Ksouri M*, Ghadhoun H, Brahmi H, Ben Ali H, Kamoun S, Garbaa Y, Houli R, Souissi S, Samet M.

Service : Service de réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

Introduction : Le suicide est un phénomène mondial et compte parmi les principales causes de mortalité au monde. La Tunisie se classe en deuxième position dans le taux de suicide au Maghreb, avec 5.5 cas de suicide pour 100 000 habitants.

Objectif : Le but de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des patients hospitalisés en réanimation pour tentative de suicide (TS).

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive prospective analysant tous les dossiers des patients admis au service de réanimation médicale de Bizerte pour TS entre janvier 2014 et septembre 2019. En plus de la prise en charge par le réanimateur, un entretien avec tous les patients survivants ainsi que leurs familles a été réalisé par le psychiatre de l'hôpital avant la sortie. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 23.

Résultat : 71 patients étaient recrutés d'âge moyen 30 ± 13 ans avec une nette prédominance féminine (sex-ratio=0.42). Des antécédents psychiatriques familiaux et personnels étaient retrouvés dans respectivement 8 (11%) et 30 cas (42%). Les antécédents personnels étaient une dépression (17%), un trouble bipolaire (10%), une schizophrénie (8%), une personnalité psychopathique borderline dans 7%. Des antécédents de TS étaient notés dans 25% des cas. Soixante-trois pour cent des patients étaient célibataires, 30% mariés et 7% divorcés. La TS était soit médicamenteuse (52%) soit par ingestion de chloralose (34%) ou d'organophosphorés (13%). On a noté un cas de pendaison. L'IGS2 et de l'APACHE2 moyens étaient respectivement 30 ± 19 et 14 ± 9 . A l'admission, 59% étaient en coma, 11% avaient un état de choc. La ventilation invasive était nécessaire dans 59% des cas avec une durée moyenne de 3 jours. Une pneumopathie d'inhalation était retenue dans 48% des cas. La durée moyenne du séjour en réanimation était 4 ± 3 jours. Le taux de mortalité était 7%. L'entretien psychiatrique avec les patients et leur famille a constaté un facteur déclenchant dans 52 cas (73%) à type de conflit familial (34%), conflit conjugal (14%), une rupture émotionnelle (18%), un échec scolaire ou professionnel (6%) ou un deuil (1%). La TS était soit réactionnelle (61%), soit le témoin d'une rechute d'une pathologie psychiatrique déjà traitée (2%). Par ailleurs elle révélait une atteinte psychiatrique non encore connue dans 11% des cas. Vingt-quatre patients (34%) ont nécessité un transfert en psychiatrie et 42 (59%) ont été suivis à la consultation externe de psychiatrie.

Conclusion : Les TS sont l'apanage de la population jeune. Elles sont souvent réactionnelles à des événements traumatisants essentiellement des problèmes relationnels. Néanmoins elles peuvent traduire la rechute d'une pathologie psychiatrique déjà connue ou révéler une atteinte psychiatrique non encore diagnostiquée.

F.C 016 : LES INTOXICATIONS AIGUES AU SERVICE DE REANIMATION MEDICALE DE L'HOPITAL REGIONAL DE ZAGHOUAN

Auteurs : H. Mayoufi*, F. Essafi, M. Kaddour, S.Mansouri, S.Zarrouk, I. Talik, T. Merhabene

Service : Réanimation médicale, Hôpital régional de Zaghouan

Introduction : En Tunisie l'épidémiologie des intoxications aiguës diffère entre les centres hospitalo-universitaires des grandes villes et les hôpitaux régionaux.

Objectif : L'objectif de notre travail était de déterminer les caractéristiques épidémio-cliniques et pronostiques de cette entité dans la Région de Zaghouan.

Méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant les patients intoxiqués hospitalisés au service de réanimation médicale de l'HR de Zaghouan entre octobre 2018 et septembre 2019.

Résultat : Durant la période d'étude, 30 patients ont été admis pour intoxication aiguë soit une incidence de 12%. L'âge moyen était de 28 ± 16 ans avec une prédominance féminine (73.3%) et un sexe ratio de 0,36. Les intoxications aiguës étaient volontaires dans un but suicidaire dans 93.3% des cas. Dans un tiers des cas les patients avaient des antécédents psychiatriques. Les médicaments (56,8%) étaient le plus fréquemment incriminés, suivis du chloralose (30%) et des organophosphorés (6,7%). L'intoxication par le CO représentait 3.3%. L'intoxication était poly médicamenteuses dans un 1/3 des cas. La carbamazépine et les antidépresseurs étaient impliqués respectivement dans 13% et 10% des intoxications d'origine médicamenteuse, suivie par le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les neuroleptiques (6,7% chacun). Sur le plan clinique, 63% patients étaient comateux à l'admission et 3% des patients étaient en détresse respiratoire. Concernant la prise en charge thérapeutique, 53.3% patients ont nécessité le recours à la ventilation mécanique et 7,1% ont reçu un antidote. La médiane du délai de prise en charge était de 4 h [1-10]. La durée moyenne de séjour était de 5 ± 2 jours. Le taux de mortalité était de 6,6%.

Conclusion : L'intoxication médicamenteuse domine aujourd'hui les étiologies des intoxications aiguës suivie du chloralose. La majorité des intoxications prises en charge étaient de bon pronostic. Cette étude va contribuer à l'élaboration de stratégies de prévention locales chez des sujets particulièrement jeunes.

F.C 017 : PRISE EN CHARGE DES TACHYCARDIES SUPRA-VENTRICULAIRES AUX URGENCES : FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE SUCCÈS DE LA MANŒUVRE DE VALSALVA MODIFIÉE

Auteurs : E. Ennouri, S. Keskes, Y. Walha, C. Ben Slimène, G. Hamouda, M. Ngach, A. Azouzi, S. Souissi

Service : Service des urgences et SMUR – Hôpital régional de Ben Arous

Introduction : La manœuvre de Valsalva modifiée (MVm) stimule le tonus parasympathique qui peut réduire les tachycardies supra-ventriculaires (TSV). Elle est associée à un taux d'échec relativement élevé.

Objectif : L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs prédictifs de succès de la MVm lors d'une TSV prise en charge aux urgences.

Méthode : Etude prospective sur 2 ans. Inclusion des adultes admis pour TSV. Exclusion des patients avec une instabilité hémodynamique ou une TSV secondaire. La MVm a été tentée au moins 2 fois. Lors de l'échec de la manœuvre, le recours à un anti-arythmique intraveineux était décidé. Comparaison de 2 groupes : succès MVm vs échec MVm. Analyse univariée et multivariée pour identifier les facteurs prédictifs de succès de la MVm.

Résultat : Inclusion de 74 patients. Cinquante-deux patients ont bénéficié de manœuvres vagales. La MVm a été tentée chez 45 patients. Un succès a été noté chez 29% d'entre eux. L'analyse multivariée a retrouvé 4 facteurs prédictifs de succès de la MVm (p ; OR ajusté; [IC 95%]: âge inférieur ou égal à 40 ans (0,016; 3,2; [1,242-8,04], absence de diabète (0,003; 2,12; [0,598-2,642]), antécédent de TSV ($<0,001$; 1,9; [1,57-3,43]) et traitement par bêta-bloquant (0,029; 2,1; [1,077-4,126]).

Conclusion : Identifier les facteurs de succès de la MVm peut inciter à augmenter le nombre de tentatives chez ces patients. Ces résultats peuvent être valorisés par une étude multicentrique élaborant un score à partir des facteurs identifiés dans notre étude.

F.C 018 : ATRIAL FIBRILLATION IN EMERGENCY DEPARTMENT: HOSPITALIZED VS DISCHARGED PATIENTS

Auteurs : H.Gnena*; N.Oueslati; H.Hedhli; M.Khasskhoussi; R.ben Kaddour; A.Maaref; A.Zoubli; R.Hamed

Service : hôpital Charles Nicole de Tunis service des urgences

Introduction : Atrial fibrillation (AF) is the most common arrhythmia encountered in clinical practice. It entails a high mortality rate and carries a significant risk of thrombo-embolic events. The rate of hospitalization is heterogeneous due to the lack of a consensus of decision.

Objectif : explore the characteristics of discharged patients versus hospitalized ones in terms of morbidity and mortality.

Méthode : We conducted prospectively the study over 12 month period (January-December 2015) in the emergency department of a teaching Hospital to evaluate the management of patients regarding hospitalization or not according to the European guidelines of 2015. Both groups were explored and compared

Résultat : We included 123 patients with AF among 174 after applying non inclusion and exclusion criteria. The mean age was 62+/- 14 years old. The sex ratio was 0,75. The clinical history was in almost of patients hypertension 62%, AF 36% then diabetes in 31%. Thirty two per cent (32%) took beta blockers. The main complaint was mostly palpitations (65%) and dyspnea (25%). Five patients had a heart rate less than 110 bpm and eight had a sinus rhythm spontaneously. Rhythm control was indicated for 30% of patients and heart rate control was used for 60% of patients. 21% of patients which were undergoing cardioversion had an oral anticoagulation in the emergency department and it was prescribed to only 6% of patients who were discharged. Thirty three per cent (33%) were hospitalized: in cardiology department (20%), in the emergency department (15%), and 66% were discharged. Not hospitalized patients were significantly older than hospitalized ones ($p<0,001$), they had more acute failure (17% vs 5%), higher thrombo embolic and hemorrhagic risk ($p<0,001$) but had significantly lower RED-AF score. Both had nearly the same rate of occurrence of adverse event ($p=0,701$).

Conclusion : AF is a serious challenge in the emergency department. Optimizing hospitalization protocol is crucial in emergency department and that must require in some cases a closed consultation in cardiology and elaborating validated algorithms based on predictive scores.

F.C 019 : CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF CRITICALLY ILL CANCER PATIENTS ADMITTED TO A TUNISIAN INTENSIVE CARE UNIT

Auteurs : Ben Saida I, Ben Ali Y, Kallel H, Fraj N, Zarrougui W, Meddeb K, Boussarsar M

Service : CHU FARHAT HACHED Sousse

Introduction : Cancer patients frequently need intensive care support for a life-threatening condition due to the underlying neoplasm or an adverse event of the therapy. However, there are poor data on their characteristics and outcomes in the intensive care setting.

Objectif : To describe clinical characteristics and identify factors associated with ICU mortality in critically ill cancer patients.

Méthode : It is a retrospective study conducted in the medical ICU of Farhat Hached teaching hospital between January 2007 and December 2018. All cancer patients with complete records were included. Baseline characteristics, clinical parameters, severity of illness, primary tumor location and outcomes were collected. Univariate and multivariate regression analyses were carried out to identify factors independently associated to poor prognosis.

Résultat : During the study period, 3569 patients were admitted, 59(1.65%) had a malignancy. Among these, 27(45.8%) had hematological malignancies and 32(54.2%) had solid tumors, of whom 15(25.4%) had evidence of metastases. Clinical characteristics were : mean age, 55.3±14.7years; male, 38(64.4%); WHO Performance status 0 to 1, 55(93.2%); median SAPSII, 53[41-67]; invasive mechanical ventilation (IMV), 45(76.6%); median duration of IMV, 2[1-5]days; vasopressors use, 43(72.9%). The main reasons for admission were: septic shock, 21(35.6%); coma, 11(16.9%); pneumonia 9(15.3%); pulmonary edema, 8(13.6%) and miscellaneous 11(18.6%). Median length of ICU stay was 3[2-8]days and mortality rate was 67.8%. On univariate analysis, the factors associated with mortality were, IMV on admission (26.3% vs 80%; $p<0.001$); vasopressors use (26.3% vs 95%; $p<0.001$) and septic shock (45% vs 15.8%; $p=0.029$). Multivariate regression model identified two factors as independently associated to mortality : IMV on admission (OR, 9.4; 95%CI, [1.6-55.1]; $p=0.013$) and vasopressors use (OR, 46.5; 95%CI, [6.5-330.3]; $p<0.001$).

Conclusion : In the present study, invasive mechanical ventilation and vasopressors use on ICU admission were the independent predictive factors of mortality in critically ill cancer patients.

F.C 020 : COMPARAISON DES SCORES SOFA, MEDS ET RISSC DANS LA PREDICTION DE LA MORTALITE A 30 JOURS AU COURS DU SEPSIS

Auteurs : A. Achouri*, H. Mhadhbi, K. Zaouche, H. Maghraoui, R. Boubaker, K. Majed

Service : Hôpital la Rabta Tunis, Service des urgences

Introduction : Le score SOFA est recommandé (sepsis-3) pour définir et évaluer le pronostic du sepsis dans les unités de réanimation. Les scores MEDS et RISSC sont validés dans la prédiction de la mortalité à 30 jours dans les structures des urgences.

Objectif : Evaluer et comparer l'efficacité des scores SOFA, MEDS et RISSC abrégé dans la prédiction de la mortalité à 30 jours chez les patients admis aux urgences pour sepsis.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective observationnelle au service des urgences sur une période de 6 mois. Nous avons inclus tout patient âgé de plus de 18 chez qui le diagnostic d'un sepsis a été retenu (selon la définition sepsis-3). Pour chaque patient, les trois scores ont été calculés à partir des paramètres clinico - biologiques à l'admission. Le critère de jugement principal était la mortalité à 30 jours.

Résultat : Nous avons colligé 119 patients. L'âge moyen était 65 ans ± 15 avec des extrêmes de 18 et 94 et 69 (57%) patients étaient de sexe masculin. les antécédents étaient dominés par : l'hypertension artérielle (49,6%), le diabète (40,3%), l'insuffisance rénale chronique (18,5%) et la coronaropathie 15,1%. le taux de mortalité globale à 30 jours était à 44,5%. les 2 scores MEDS et SOFA étaient corrélés avec la mortalité à 30 jours ($p < 0,001$). Le score SOFA était le plus efficace dans la prédiction de la mortalité 30 jours avec une aire sous la courbe ROC (AUROC) à 0,771; IC 95% = [0,680-0,861]. Le MEDS score avait une AUROC à 0,727; IC 95% = [0,637-0,817]. Cependant le score RISSC abrégé avait une AUROC à 0,565; IC 95% = [0,460-0,669].

Conclusion : Dans notre étude, le score MEDS avait une bonne valeur prédictive de la mortalité à 30 jours des patients admis aux urgences pour sepsis. Cette valeur prédictive était comparable et équivalente à celle du score SOFA.

F.C 021 : L'ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DES FAMILLES EN RÉANIMATION

Auteurs : E. Abid, O. Jaoued., S. Chaouech, S. Makni, R. Gharbi, M.F. Hassen, H. Ben Sik Ali, S. El Atrous

Service : Service de réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia

Introduction : L'hospitalisation des patients en réanimation est à l'origine d'une souffrance psychique. Le but de la visite de famille pour les patients en détresse vitale est d'apporter un soutien moral et d'acquiescer une certaine tranquillité. En Tunisie, peu de données existent sur la qualité d'accueil et de prise en charge des familles en réanimation

Objectif : Déterminer les modalités d'accueil et de prise en charge des familles en réanimation

Méthode : C'est une enquête réalisée à l'hôpital Taher Sfar de Mahdia durant le mois d'août 2019. Nous avons inclus tous les personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans l'un des services de réanimation suivantes : réanimation médicale, réanimation chirurgicale et réanimation de néonatalogie. Les personnels des autres services sont exclus de l'étude.

Résultat : Durant la période de l'étude, 71 personnes, âgés de moins de 30 ans dont 67,6% et à prédominance masculine ont participé à l'enquête soit un taux de participation à 65%. Concernant la modalité d'accueil, un livret d'accueil, une personne dédiée à l'accueil sont retrouvés respectivement dans 13 et 14% des cas. Par conséquent, 61% des personnes réclament la présence d'une personne dédiée à l'accueil. La durée d'ouverture du service est inférieure à 4 heures dans 82% des cas et cette durée est acceptable par les personnes interrogées dans 72% des cas. Cinquante cinq des personnes déclarent que l'ouverture des services de réanimation 24 H / 24 H désorganise souvent ou toujours les soins. Les informations sur l'état de santé des patients sont délivrées quotidiennement dans 43% des cas, par un médecin senior dans 68% des cas, par téléphone dans 52% des cas et seulement dans 27% en présence de l'un infirmier de la salle. Les informations délivrées sont mentionnées dans les dossiers dans 30% des cas. Les familles participent aux soins des patients dans 30% des cas. L'étude comparative entre les médecins et les infirmiers montre une différence statistiquement significative concernant la présence d'un livret d'accueil 4% VS 59%; $p=0.003$ et la demande d'avoir une information quotidienne sur place 70% VS 40%; $p=0.017$. Il existe une différence statistiquement significative concernant la modalité de délivrer l'information par téléphone entre la réanimation médicale et les autres réanimations 9% VS 31%; $p=0.02$.

Conclusion : La prise en charge des familles des patients reste insuffisante et désorganisée. Il existe une hétérogénéité dans l'accueil et la prise en charge des familles des patients de réanimation. Plusieurs efforts à fournir pour corriger ces anomalies.

F.C 022 : EVALUATION DES GESTES DE RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE RÉALISÉS PAR LES ÉTUDIANTS DE MÉDECINE, ÉTUDE PROSPECTIVE COMPARATIVE OBSERVATIONNELLE.

Auteurs : bouidir Y, tajellijti N, el kaouri M, ribahi H, el adib AG

Service : *centre de simulation/ faculté de médecine et de pharmacie marrakech*

Introduction : La formation à la Réanimation Cardio-Pulmonaire (RCP) des étudiants en médecine se fait réglementairement dans de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence durant le deuxième cycle des études médicale. Cette formation doit ensuite être renouvelée tous les deux ans chez les professionnels de santé

Objectif : L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité théorique et pratique de cette formation à court et moyen termes.

Méthode : Deux groupes d'étudiants en médecine volontaires ont été recrutés prospectivement au sein de Centre de Simulation sur une période de quatre mois; un Groupe Formé (GF) par et un Groupe Non Formé (GNF). Un questionnaire d'évaluation des connaissances théoriques était d'abord rempli par les étudiants puis les gestes de R.C.P. étaient réalisés durant 90 secondes sur un mannequin adulte automatisé (Laerdal®). L'analyse statistique utilisait les tests paramétriques et non paramétriques appropriés.

Résultat : 90 étudiants en médecine ont participé à cette étude (GF n=43; GNF n=47). Le taux de bonnes réponses aux questionnaires dans le GF est significativement plus important ($p < 0,001$) prouvant ainsi le net intérêt de la formation sur le plan théorique. De plus, les étudiants formés sont statistiquement plus performants dans la réussite des manœuvres de RCP (GF = 48% vs GNF = 18%, $p < 0.001$). Nous ne retrouvons pas de différence significative en fonction du sexe hormis en matière de profondeur de massage dans le GNF ($p=0,008$). Enfin, la qualité de réalisation des compressions thoraciques se retrouve diminuée en moyenne 60 jours après la formation initiale.

Conclusion : La formation des étudiants par la simulation médicale semble donc être intéressante pour la prise en charge d'un Arrêt Cardio-Respiratoire (ACR) chez l'adulte. Cette étude suggère la pertinence d'un réentraînement régulier aux gestes de RCP

F.C 023 :

(Voir F.C 034 page 27)

F.C 024 : QUELLES PERSPECTIVES POUR AMELIORER LE PRONOSTIC DES PATIENTS BRÛLÉS TRANSFÉRÉS SECONDAIREMENT ?

Auteurs : H.Zouari*, L.Debbiche, S.Sboui, S.Abid, I.Rejeb, H.Fredj, M.Ben Saad, I.Jami, A. Mokline, AA.Messadi

Service : *Service de réanimation des brûlés. Centre de Traumatologie et des Grands brûlés.*

Introduction : Le pronostic d'un brûlé grave en réanimation est étroitement lié à l'efficacité de sa prise en charge initiale.

Objectif : L'objectif de notre travail était d'évaluer et de comparer la prise en charge initiale et le pronostic des patients brûlés transférés secondairement en 2017 et en 2018.

Méthode : Etude descriptive monocentrique comparative menée au service de réanimation de brûlés de Tunis sur une période de 2 ans (Janvier 2017- décembre 2018) incluant tous les patients hospitalisés au service de réanimation de brûlés de Tunis à la phase initiale. Les données démographiques, clinico-biologiques et évolutives des patients inclus ont été collectées. Les patients ont été subdivisés en deux groupes, dont les caractéristiques ont été comparés : G1: Les patients transférés secondairement d'une autre institution hospitalière. G2: Les patients hospitalisés via les urgences. Puis, nous avons comparé, les caractéristiques des brûlés transférés secondairement des années 2017 et 2018.

Résultat : Nous avons respectivement admis en 2017 et en 2018, 323 et 365 patients brûlés. Durant 2018, 300 patients ont été inclus et 296 en 2017. Les accidents domestiques ont dominé le tableau en 2017 et 2018 suivies des tentatives de suicides pour les deux années. L'étude comparative des 2 années a montré que les patients étaient comparables en terme d'âge (35,2 vs 33,9 p=0,52) et de sex-ratio (2). Les deux groupes avaient une SCB moyenne comparable (32,29% vs 31,8% p=0,833). Les patients transférés secondairement en 2017 avaient des moyennes de scores de gravité (UBS et ABSI) plus importants : respectivement 71,69 vs 49,4 p=0,013 et 5,7 vs 4,7 p=0,003. Les paramètres biologiques de l'acidose métabolique et de l'hémoconcentration étaient aussi comparables (voir tableau 1). Par ailleurs, les patients hospitalisés en 2018 étaient plus en états de choc (25,5% versus 13,5% en 2017 p=0,004) avec un taux d'intubation et une mortalité comparables respectivement (47,9% en 2018 vs 52,8% en 2017 p= 0,252) et (40,1% vs 37,1% p=0,55). Le taux de mortalité cumulative à J5 entre l'année 2017 et 2018 était aussi comparable (14,1% en 2017 vs 11,1% en 2018 p=0,702).

Conclusion : Aucune amélioration de la prise-en-charge des brûlés transférés secondairement n'a été notée entre 2017 et 2018. Ceci impose un renforcement de l'enseignement post-universitaire des médecins de première ligne, l'instauration de la Plateforme SOS-brûlure et la mise en place d'un enseignement en ligne.

Tableau 1 : Comparaison des paramètres biologiques des patients transférés secondairement en 2017 et 2018

	Patients transférés secondairement en 2017	Patients transférés secondairement en 2018	p
pH moyen	7,33±0,12	7,34±0,14	0,639
HCO3- moyens (mmol/L)	36,72 ±11,62	36,38±11,4	0,317
Chlorémie moyenne (mmol/L)	105,17±6,79	106±8,6	0,097
Lactatémie moyenne (mmol/L)	3,6	3,8	0,423
Hémoglobine moyenne (g/dl)	14,5± 3,28	14,8±3,4	0,277
Hématocrite moyenne (%)	42,5±8,29	43,5±8,6	0,242

F.C 025 : FAMILLES DES PATIENTS EN REANIMATION : EVALUATION DU DEGRES DE SATISFACTION

Auteurs : I. Fathallah, H.Drira, A.Abidi*, A.Abderrahim, N.Kouraichi

Service : Hôpital régional de Ben Arous, Service de réanimation

Introduction : L'amélioration de la communication et la satisfaction des familles en réanimation représentent des indicateurs essentiels de la qualité des soins. L'objectif de cette étude était d'évaluer la satisfaction des familles de patients hospitalisés en réanimation et les différents moyens mis en œuvre pour leurs prises en charges.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive, prospective réalisée sur une période de 18 mois. On a inclus les parents de patients hospitalisés pour une durée supérieure ou égale à 48 heures, dont on dispose les coordonnées et qui ont consenti à répondre à un questionnaire.

Résultat : Cent douze représentants de familles ont été inclus. Dix (9%) était illettrés et 40 (36%) avaient un niveau scolaire primaire. On a eu recours à la ventilation non invasive et l'hémodialyse dans respectivement 53% et 9.8% des cas. Treize patients avaient présenté des séquelles à la sortie. Le score de satisfaction médian était de 133,5 [120; 145,7]. La disponibilité du cadre médical et paramédical était jugée excellente par respectivement 62 (56%) et 66 (59%) proches. L'information prodiguée par les médecins et le personnel paramédical était jugée très claire par respectivement 72% (65%) et 65(58%) des parents. Le secret médical était respecté dans la majorité des cas par personnel médical (n=107) et paramédical (n= 105). La prise en charge était jugée excellente par 90(80%) des parents. Le degré de satisfaction était plus bas quand le proche interrogé était illettré (p=0,04) ou de niveau de scolarité primaire (p=0,012), en cas de recours à l'hémodialyse (p=0,011) et en présence de séquelles à la sortie (p=0,017).

Conclusion : Les représentants des familles étaient satisfaits des conditions générales du service, de la communication avec l'équipe soignante et la prise en charge. Le niveau illettré ou primaire, le recours à l'hémodialyse et la présence de séquelles à la sortie influençaient négativement la satisfaction

F.C 026 : ICH SCORE VERSUS ARTIFICIAL INTELLIGENCE FOR THE PREDICTION OF MORTALITY DURING SPONTANEOUS INTRACEREBRAL HEMORRHAGE

Auteurs : A Alouini, YZ Elhechmi, F Ben Aba, A Meftah, H Doghri, B Bahri, M Mezghenni, I Sedghiani, I Zaghdoudi, NB Falfoul

Service : Intensive Care and Emergency department. Habib Thameur University Hospital. University of Tunis ElManar.

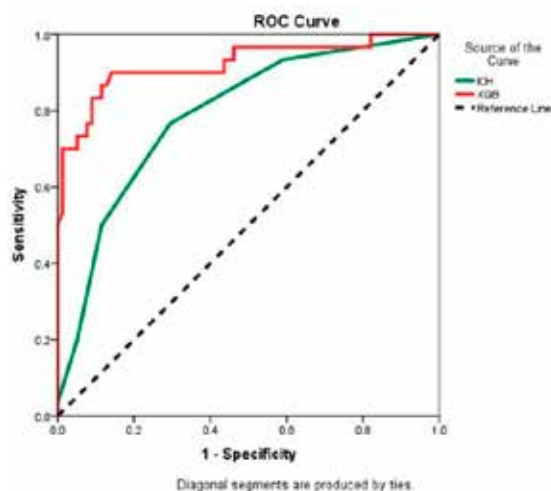
Introduction : Although there have been great advances in intensive care management of ICH, the initial assessment of prognosis and clinical outcome using ICH score remains poor. The Gradient Boost is a supervised machine learning algorithm that is able to approximate the unknown functional mapping between the inputs (clinical, radiological parameters) and the outputs (in-hospital mortality).

Objectif : The objective of this study was to compare ICH score with Artificial Intelligence Algorithm for the prediction of in-hospital mortality using the same parameters.

Méthode : All patients admitted to intensive care department for spontaneous supratentorial intracerebral hemorrhage (sICH) between January 2005 and December 2016 were included. Demographic, clinical and radiological data were prospectively collected and ICH score was calculated on admission. We used the same parameters of ICH score (Age, Glasgow coma scale, Hematoma volume, Intraventricular hemorrhage, infratentorial origin of the sICH) to train artificial intelligence for the prediction of in-hospital mortality. Finally, we compared ICH score with AI for the prediction of in-hospital mortality as main endpoint in an internal validation step.

Résultat : We included 112 patients admitted for sICH. Mean age was 65.6 ± 13.6 years. Mortality was 28.6% (32). Females represented 42.9%(48) of the population. Patients with GCS < 5 and GCS between 5 and 12 represented respectively 8.0% (9) and 30.4% (34) of the population. Hematoma volume was (median [Per25-75]) 13.8 [4.6-44.2]ml and 35.7% (40) patients had hematoma volume ≥ 30 ml. Mortality was 5.7% for ICH=0, 17.2% for ICH=1, 36.4% for ICH=2, 66.7% for ICH=3, 60.0% for ICH=4 and 100% for ICH=5. Area under the ROC for the prediction of inhospital mortality of Artificial Intelligence (AI) and ICH score are shown in Figure 1.

Conclusion : Area under the ROC of AI was significantly higher than ICH score (0.922 [0.855-0.989] vs 0.789 [0.695-0.883], $p=0.02$). Conclusion: Using the same clinical and radiological parameters, AI was more accurate than ICH score for the prediction of inhospital mortality. Another main advantage of AI is that the technic allows physicians to have the estimation of mortality for each case. These results suggest a new more accurate way to assess severity for sICH based on AI.



F.C 027 : TWILIGHT OF INTENSIVE CARE SCORES AT THE DAWN OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE: THE EXAMPLE OF QSOFA

Auteurs : F Ben Aba, YZ Elhechmi, C Ben Abdennebi, G Ben Amor, H Doghri, B Bahri, I Sedghiani, I Zaghdoudi, NB Falfoul

Service : Intensive Care and Emergency department. Habib Thameur University Hospital. University of Tunis ElManar.

Introduction : Collaboration between intensive care and emergency physicians is the mainstay of an optimal patient management. This collaboration is based on clinical, biological, radiological explorations and several scores as qSOFA that mainly leads to an assessment of severity. qSOFA has the advantage to be simple, but suffers from the lack of accuracy. Popular AI techniques include machine learning methods for structured data, such as the classical support vector machine and neural network, and the modern deep learning, as well as natural language processing for unstructured data. Extreme Gradient Boost is a technic of deep learning that demonstrated a great accuracy.

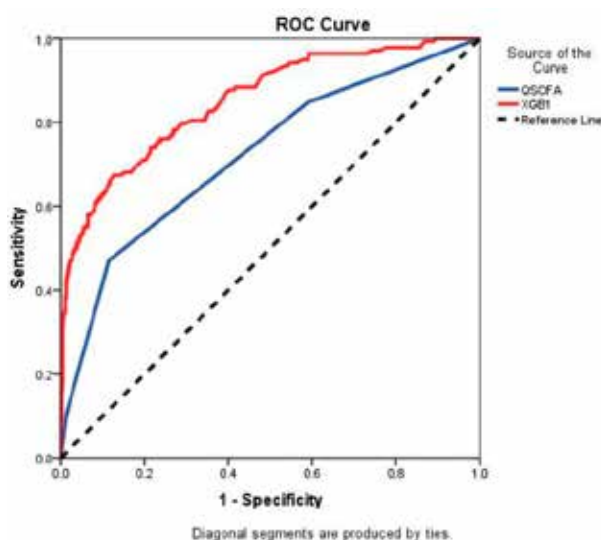
Objectif : The objective of this study was to compare qSOFA and AI accuracy in the prediction of inhospital mortality using the same clinical parameters.

Méthode : All patients admitted to emergency short stay unit between January 2015 and December 2017 were included. Demographic and clinical data were prospectively collected and qSOFA score was calculated on admission. We used the same parameters of qSOFA (Respiratory rate, Systolic blood pressure and Glasgow coma scale) to train artificial intelligence for the prediction of inhospital mortality. Finally, we compared qSOFA with AI for the prediction of inhospital mortality as main endpoint in an internal validation step.

Résultat : We included 1112 patients admitted to emergency short stay unit between January 2015 and December 2016. Mean age was 65.1 ± 17.2 years. Females represented 46.4%(516) of the population. Two hundred and thirty-eight patients (21.4%) had impaired consciousness. Patients with systolic blood pressure inferior to 90mmHg represented 5.8% (65) of the population. Patients with respiratory rate superior or equal to 30bpm represented 19.3% (215) of the population. Inhospital mortality was 12.4% (138/1112).

Mortality was 5.0% (qSOFA=0), 10.1% (qSOFA=1), 33.8% (qSOFA=2), 53.8% (qSOFA=3). Area under the ROC for the prediction of inhospital mortality of Artificial Intelligence (AI) and qSOFA are shown in Figure 1. Area under the ROC of AI was significantly higher than qSOFA (0.852 [0.816-0.889] vs 0.722 [0.674-0.770], $p<0.001$).

Conclusion : Using the same clinical parameters, AI was more accurate than qSOFA for the prediction of inhospital mortality. These results suggest a new more accurate way to assess severity for critical patients based on AI.



SESSION FLASH COMMUNICATIONS 3

F.C 028 : ADHERENCE TO GOLD 2017 GUIDELINES TREATMENT RECOMMENDATIONS IN CRITICALLY ILL COPD PATIENTS

Auteurs : Ben Saida I, Kallel H, Rouis S, Ammar W, Fraj N, Zarrougui W, Chelbi R, Boussarsar M

Service : CHU FARHAT HACHED Sousse

Introduction : The 2017 GOLD report represents a major revision to GOLD strategy guidelines. It brings new recommendations regarding diagnosis, severity assessment, and both pharmacologic and non-pharmacologic treatment of COPD. However, adherence to evidence-based therapeutic guidelines is poor in low-income developing countries.

Objectif : To describe the adherence rates to GOLD 2017 guidelines in critically ill COPD patients and to identify predictors of low adherence.

Méthode : A prospective cohort study conducted from December 2017 to April 2019 in a 9-bed medical intensive care unit of Farhat Hached hospital. All adult patients admitted for AECOPD during the period of the study were included. Demographic and clinical data were recorded. Adherence to GOLD 2017 was evaluated. Univariate and multivariate regression analyses were carried out to identify factors independently associated to non-adherence to GOLD 2017 guidelines.

Résultat : Seventy-seven patients were recruited. Patients' characteristics were : mean age, 65.5±9years; male 71(92.2%); median duration of the disease, 6[13-14]years; mMRC scale ≥2, 67(88.2%); health insurance coverage rate, 57(75%); pulmonologist follow up, 34(59,6%); frequent exacerbator (≥3 exacerbations in the last year), 26(34.2%); median exacerbations episodes, 2[1-3]. Long-term oxygen use and home mechanical ventilation were respectively used in 10(13.2%) and 5(6.6%). Eight (10.5%), 14(18.4%) and 54(71.1%) belonged to COPD groups B, C and D, respectively. Pharmacological treatment included: SABA-ICS combination, 25(32,9%), LABA-ICS, 10(13.2%), LABA-LAMA, 10(13.2%) and LAMA-LABA-ICS, 9(11.8%). Overall adherence to 2017 GOLD guidelines treatment recommendations for the different stages of COPD was 22(28.9%). Two patients (2.6%) were over treated and 52(68.4%) were under-treated. Inappropriate treatment rate was 6(75%) in Gold B, 12(85.7%) in Gold C and 36(66.7%) in Gold D. Univariate analysis identified two factors associated with non-adherence to GOLD 2017: the absence of pulmonologist follow-up (50% vs 9.1%; p=0.01) and the low income (35.2% vs 9.1%; p=0.021). In multivariate analysis only the lack of pulmonologist follow-up was identified as an independent risk factor associated with GOLD guidelines discrepancies (OR, 10; 95%CI, [2.1- 47.0]; p=0.04)

Conclusion : There is a lack of adherence to GOLD 2017 guideline treatment recommendations in Tunisian COPD patients. This may lead to severe exacerbations. Discrepancies were due to the poor access of severe COPD patients to an appropriate pulmonologist follow-up.

F.C 029 : THORACIC CT-SCAN DIAGNOSIS FOR ACUTE ON CHRONIC RESPIRATORY FAILURE

Auteurs : Hammouda Z(1), Zorgati H(1), Bouzawech Y(2), Nouira W(1), Saad J(2), Besbes Ouanes L(1)

Service : (1) service de réanimation médicale chu Fattouma Bourguiba Monastir (2) service d'imagerie médicale CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction : Patients with acute respiratory failure (ARF) frequently require intensive care unit. Those patients may have a chronic respiratory disease but it's often non-diagnosed or misdiagnosed. Thoracic CT-scan could provide more information to accurately identify of underlying diagnosis

Objectif : The present study aimed to assess the accurate diagnosis and the prognosis of patients admitted in ICU for acute on chronic respiratory failure (ACRF)

Méthode : A prospective single center study carried out in a 12-bed at a teaching hospital between March 2017 and September 2019. Underlying diseases, diagnosis at admission, medical intervention, length of stay (LOS) and outcomes were obtained. All patients admitted in ICU for ACRF had Ct scan following acute phase.

Résultat : During the study period 132 patients were admitted to the ICU for ARF. Among these 61(46,2%) had thoracic CT scan. Patients demographic and clinical characteristics were: mean age, 66±10 years; smokers, 18(29,5%);21(34,4%) had chronic bronchitis; 16(26,2%) had home ventilation. Thoracic CT-scan showed that 45 (73,8%) had emphysema with centrilobular distribution, 15 (33,3%) had paraseptal distribution; 31(50,8%) had bronchiectasis; and only 5(8,2%) had pulmonary fibrosis. The mean LV/RV was 0,94±0,27 and the mean PA/Ao was 0,87±0,11.

Conclusion : This study shows that most of actual lung abnormalities are not identified at patients' admission for ACRF. Whether this information could impact their management and prognosis should be better explored.

F.C 030 : PREDICTIVE MORTALITY FACTORS OF THE OBESITY-HYPOVENTILATION SYNDROME IN ICU

Auteurs : Khaled A, Ghabara R, Jamoussi A, Ayed S, Lakhdher D, Ben Khelil J and Besbes M

Service : Medical Intensive Care Unit, Abderrahmen Mami Pneumology Hospital, Ariana, Tunisia

Introduction : The obesity-hypoventilation syndrome (OHS) prevalence has markedly increased in recent years, probably due to pandemic obesity worldwide. Data about outcome and ventilatory management in OHS patients in ICU are still limited.

Objectif : The aim of this study was to describe the epidemiological and clinical aspects of OHS, and to determine independent predictive factors of ICU mortality.

Méthode : This was a retrospective descriptive study carried in Abderrahmen Mami Hospital medical ICU. All consecutive patients diagnosed with OHS admitted between January 2017 and September 2019 were included. We collected clinical and biological data, ventilatory management and evolving features. A comparison between dead and survivors was carried out. Multivariate analysis of the predictive factors of ICU mortality was then realized.

Résultat : During the study period, 55 patients with OHS were enrolled. Mean age was 64 ± 11 years and a sex-ratio of 1.02. At admission, mean severity scores of APACHE II, IGS II were respectively 15 and 36. A history of hypertension, hypothyroidism, diabetes, sleep apnea syndrome and COPD were observed in respectively 56,4%; 7,3%; 43,6%; 34,5%. Acute respiratory failure was the main reason for admission in 92% of cases. The most frequent complications were acute kidney injury (n=18), Acute respiratory distress syndrome (ARDS) (n=11), shock (n=16) and hospital-acquired infections (n=18). Non-invasive ventilation was attempted in 43 patients (78%) and was successful in 30 (70%). Immediate invasive ventilation was performed in 12 patients. Mean ICU length of stay was 12 ± 11.8 days and the overall ICU mortality was 40%. The univariate analysis is shown in table 1. Hospital-acquired infection was the only independent predictive factor of ICU mortality (OR= 32.8; IC 95% [4.054-265.397]; p=0.001).

Conclusion : ICU mortality within OHS patients is high. Hospital-acquired infection occurrence is significantly associated with death. Mechanical ventilation modalities had no effect on mortality.

TABLE 1: CLINICAL AND OUTCOME COMPARISON BETWEEN DEAD AND SURVIVORS AMONG OHS PATIENTS

	Dead (N=22)	Survivors (N=33)	p
Male N (%)	10 (45)	18 (51,5)	0,661
SAS N (%)	12 (54,5)	20 (60,6)	0,655
COPD N (%)	6 (27,3)	13 (39,3)	0,354
Hypertension N (%)	13 (59,1)	18 (54,5)	0,793
Shock N (%)	14 (63,6)	2 (6)	<10 ⁻³
HAI N (%)	16 (72,7)	2 (6)	<10 ⁻³
Kidney Injury N(%)	13 (59,1)	5 (15,1)	<10 ⁻³
ARDS N (%)	10 (45,5)	1 (3)	<10 ⁻³
Cardiac arrest N (%)	7(31,8)	1 (2,9)	0,003
MV N (%)	21 (95)	6 (18)	<10 ⁻³
NIV N (%)	13 (59,1)	28 (84)	0,032
NIV Failure N (%)	11 (84, 6)	2 (6)	<10 ⁻³
Mean Age±SD (years)	65±9,5	63±12	0,491
IGSII ≥38 N(%)	13 (59,1)	6 (18)	0,002
LOS≥10days N(%)	15 (68,1)	10 (30,3)	0,006

SAS: Sleep Apnea Syndrome, COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, ARDS: Acute Respiratory Distress Syndrome, HAI: Hospital-Acquired Infection; MV: Mechanical Ventilation; NIV: Non-Invasive Ventilation ; LOS: Lenath of stav

F.C 031 : VENTILATORY MANAGEMENT IN ACUTE RESPIRATORY FAILURE OF PATIENTS WITH OBESITY-HYPOVENTILATION SYNDROME

Auteurs : Ghabara R, Khaled A, Jamoussi A, Ayed, Lakhdher D, Ben Khelil J and Besbes M

Service : Medical Intensive Care Unit, Abderrahmen Mami Pneumology Hospital, Ariana, Tunisia

Introduction : The prevalence of obesity-hypoventilation syndrome (OHS) is likely to increase because of epidemic obesity worldwide. Non-invasive ventilation (NIV) is widely considered during management of acute respiratory failure within OHS patients in the critical care setting. Nevertheless, other management features remain debated.

Objectif : The purpose of this study was to describe ventilatory practices and outcome of SOH patients in intensive care unit. **Méthode :** This was a retrospective descriptive study carried within a medical ICU in Abderrahmen Mami Hospital between January 2017 and September 2019. Patients admitted in ICU for Obesity-hypoventilation syndrome were included. Ventilatory management and outcomes were collected.

Résultat : During the three-year study period, 55 patients were enrolled. Mean age was 64 ± 11 years and sex-ratio=1.04. Cardio-vascular comorbidities were frequently noted with hypertension and coronaropathy in respectively 56% and 22% of all patients.

Obstructive-sleep apnea syndrome and SOH were associated in 32 subjects (58.2%). At their basic state, patients had primarily chronic respiratory failure with mMRC dyspnoea stage of 2 (n=26, 47%) and 3 (n=18, 33%). At admission, 53 (96%) patients had acute respiratory failure, 40 (75%) were hypercapnic. At arterial blood gases, means pH, PaCO₂ and PaO₂/FiO₂ were respectively 7.29 ± 0.12 ; 63 ± 23 mmHg and 182 ± 95 mmHg. Median SAPS II and APACHE II scores were respectively 36 ± 20 and 15 ± 8 .

Exacerbation aetiologies were identified in 45 (82%) patients. NIV was used as first-line ventilatory support in 43 subjects (78%) and was successful in 30 subjects (70%). PEP max setting was 10cmH₂O and mean NIV duration was 4.5 ± 3 [1-14] days. Invasive ventilation

(n=25) was immediately necessary in 12 patients and secondary in the 13 others. Mechanical ventilation weaning was processed in 21 patients (38,2 %), it was simple (n=5), difficult (n=11) or prolonged (n=5). Extubation was scheduled in 8 cases and accidental in 4 cases. Mean length of intensive care stay was 12±11 [1-60] days. Overall mortality was 40%. It was 21 % in NIV success group, 67% within immediately intubated patients, and reached 85% in intubated patients after NIV failure.

Conclusion : NIV within OHS patients was the most frequently adopted ventilation modality with success in 70% of cases. Invasively ventilated OHS patients, whether initially or secondarily, had poor outcome.

F.C 032 : SLEEP APNEA SYNDROME IN HYPERCAPNIC RESPIRATORY FAILURE: PREVALENCE AND VALIDATION OF SCREENING SCORES

Auteurs : W.Nouira*, F.Houri, H.Ben Ahmed, Z.Hammouda, M.Lahmar, F.Abroug, L.Ouanes Besbes

Service : service de réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction : Comorbid association between chronic respiratory diseases and sleep apnea syndrome (SAS) revealed frequent with systematic search in ICU following ICU stay. This association carries prognosis impact depending whether specific treatment is implemented or not. NoSAS and Stop Bang scores are proposed for screening of SAS in general population.

Objectif : study is to report the prevalence of SAS in ICU patients admitted for hypercapnic respiratory failure and compare association of NoSAS and Stop Bang score with SAS severity.

Méthode : The study was conducted between January 2016 and September 2018. Patients consecutively admitted in the ICU for hypercapnic respiratory failure had calculation of a no SAS and STOP Bang scores at admission. In survivors nocturnal polygraphic records was performed 3 to 4 weeks following ICU discharge. The association between the number of apnea-hypopnea episodes, BMI, and clinical variables suggestive of SAS, was tested by POISSON regression model.

Résultat : During the study-period, 65 patients (mean age: 69± 9 years, pH 7.29 ± 0.03, PaCO₂ 75±16) were admitted for hypercapnic respiratory failure. Noninvasive ventilation was used in 85% and death occurred in six patients. Polygraphic records were performed in 45 (9 lost to follow-up). Mean apnea hypopnea index was 40±15 with a minimum of 7 and a maximum of 62. Poisson logistic regression showed that No SAS (p=0.006) but not Stop Bang (p=0.1) was associated with the level of apnea hypopnea index.

Conclusion : ICU patients admitted for hypercapnic respiratory failure have a very high rate of associated Sleep Apnea Syndrome. Among existing screening scores, No SAS and not Stop Bang are associated with severity.

F.C 033 : L'EFFET DE L'INSTAURATION DE LA VNI AUX URGENCES SUR LE DEVENIR DES PATIENTS ADMIS EN RÉANIMATION POUR DÉCOMPENSATION DE BPCO

Auteurs : Sabrina Chaouech, Oussama Jaoued, Saba Makni, Barra Benbdira, Rim Gharbi, Mohamed Fekih Hassen, Habiba Ben Sik Ali, Souheil ELAtrous.

Service : Service de réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia

Introduction : La fréquence, la gravité et le cout de décompensation des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et la gravité de cette pathologie ont conduit à l'optimisation de sa prise en charge. La ventilation non invasive (VNI) est la pierre angulaire dans l'arsenal thérapeutique de ces décompensations.

Objectif : déterminer l'effet de l'instauration de la VNI aux urgences sur le taux d'échec de la VNI et la mortalité devenir des patients admis en réanimation pour décompensation de leur BPCO.

Méthode : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective menée dans le service de réanimation médicale à l'hôpital Taher Sfar à Mahdia entre Janvier 2014 et Décembre 2017. Tous les bronchopathies chroniques en décompensation et transférés du service des urgences au réanimation médicale ont été inclus dans cette étude. Deux groupes des patients ont été individualisés : le groupe G1 (patients ayant commencés la VNI au service des urgences) et le groupe G2 (patients n'ayant pas eu de VNI aux urgences).

Résultat : Durant la période de l'étude 108 patients d'âge médian de 71ans [IQR (61-78)], à prédominance masculine (88,9%) et avec un score SAPSII médian de 27 [IQR (22-33)] ont été inclus. Les co-morbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle (30,6%) et le diabète (13%). La cause de décompensation la plus fréquente était une trachéobronchite (85,2% des cas). Le taux d'échec de la VNI était de 23% des cas. La médiane de durée de séjour en réanimation était de 7,5 j [IQR (5.0-14,75)] et la mortalité globale était de 12%. Soixante-dix-sept pourcents des patients ont commencé la VNI dès le service des urgences. La durée médiane de la VNI aux urgences était de 4h [IQR (2-10)]. La durée de séjours aux urgences était comparable entre les deux groupes. Le groupe G1 était moins âgé (67ans [IQR (59-77)] vs 75 ans [IQR (67-81)], p=0.01) avec un score SAPSII significativement moins élevé 27[IQR (21/31)] vs 32[IQR (23-36)], p=0,04). Le groupe ayant commencé la VNI aux urgences avait un pH significativement plus élevé [(7,31[IQR (7,28-7,35)] vs 7,28 [IQR (7,19- 7,33)], p=0,01), un taux d'échec de la VNI significativement moins élevé (17% vs 44%, p=0.005) et une mortalité significativement plus basse (7% vs 28%, p=0.01). En analyse multivariée le facteur indépendamment associé à l'échec de la VNI était l'instauration de la VNI dès le service des urgences (OR=0,184 IC [0,049-0,686], p=0,012).

Conclusion : Dans notre étude l'instauration de la VNI dès le service des urgences chez les BPCO en décompensation admis par la suite en réanimation était un facteur protecteur contre l'échec de la VNI

F.C 034 : WHICH SCORE TO PREDICT NIV FAILURE IN HYPERCAPNIC RESPIRATORY FAILURE: HACOR SCORE VS ROX INDEX

Auteurs : W.Nouira, Z.Hammouda, S.Maatouk, H.Ben Ahmed, A.Bedhaifi, I.Maatouk, F.Houri, F.Aboug, L.Ouanes Besbes

Service : *service de reanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba Monastir*

Introduction : Non-invasive ventilation has become the mainstay in hypercapnic respiratory failure. Delaying intubation and invasive ventilation is associated with a worse outcome in these patients. Although a predictive score of NIV failure has been validated for hypoxemic respiratory failure, no such score exists in hypercapnic respiratory failure.

Objectif : study is to compare the performance of two scores in the predictive NIV failure hypercapnic respiratory failure.

Méthode : Consecutive patients admitted between January 2017 and July 2019 for hypercapnic respiratory failure, were included. HACOR score and ROX score were calculated in each patient at admission. In patients ventilated non-invasively, the outcome (NIV success or failure) was noted. The area under curve (AUC) and operative characteristics were computed for both scores

Résultat : During the study-period, 107 out of 133 patients admitted for hypercapnic respiratory failure received NIV as the primary ventilatory mode. These patients were mainly men (77/30) had a mean age of 66.7 ± 10 years and had the following pulmonary disease: COPD exacerbation: 50.5%, Obesity hypoventilation syndrome: 18.7 %, Bronchiectasis = 15.9%, and other diseases: 8.4%. NIV failure occurred in 39 patients (36.4%) and ICU mortality in 18.7%. Mean HACOR score and ROX score were 5.8 ± 3.6 and 18.3 ± 2 , respectively. The AUC under ROC was higher for HACOR than that of ROX: 0.91 and 0.76 respectively. For HACOR score the cut-off= 6 had a sensitivity: 0.93 and specificity: 0.85

Conclusion : HACOR score seems more accurate in predicting NIV failure in hypercapnic respiratory failure. Further prospective validation is needed.

F.C 035 : NIV FAILURE PREDICTION IN THE INTENSIVE CARE USING ARTIFICIAL INTELLIGENCE ALGORITHM WITH SOFA SCORE

Auteurs : A Meftah, YZ Elhechmi, F Ben Aba, R Boubaker, H Doghri, B Bahri, M Mezghenni, I Sedghiani, I Zaghoudi, NB Falfoul

Service : *Intensive Care and Emergency department. Habib Thameur University Hospital. University of Tunis ElManar.*

Introduction : Identifying the predictors of noninvasive ventilation (NIV) failure has attracted significant interest because of the strong link between failure and poor outcomes. Several methods were used but either they require complex technics as extra-vascular lung index or a trial phase that can last several hours.

Objectif : The objective of this study is to train and to test Artificial Intelligence algorithm for the prediction of NIV failure on admission using clinical parameters and SOFA score.

Méthode : We included all patients admitted to the intensive care department and needed initial non-invasive ventilation (NIV) between January 2015 and August 2016. Data about SOFA score, age, gender, risk factors, diagnostic, hemodynamic, respiratory, neurological distress were collected at admission. We used all parameters collected to train artificial intelligence (AI) algorithm called extreme gradient boost. Then we tested AI for the prediction of NIV failure in an internal validation step.

Résultat : We included 77 patients. Mean age was 65.1 ± 13.4 years. Females represented 31% (24) of the population. Baseline characteristics of the study population are shown in Table 1. Area under the ROC of AI was significantly higher than SOFA score (0.939 [0.880-0.998] vs 0.675 [0.553-0.797], $p=0<0.001$). The best cut-off for the prediction of NIV failure was 0.58 according to the ROC. When using AI prediction probability ≥ 0.58 , accuracy for the prediction of NIV failure was 93.5%, sensitivity was 97.06%, specificity was 90.70%, positive predictive value was 89.19% and negative predictive value was 97.50%. Odds ratio was 321.75 [34.26-3021.72].

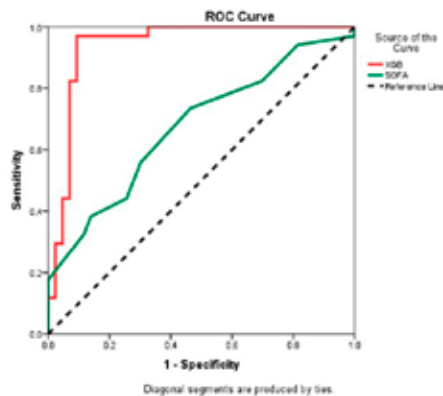
Conclusion : AI algorithm based on extreme gradient boost was able to predict accurately NIV failure. The high accuracy of AI may support physician in the decision to early intubate patients with high risk of NIV failure. The results of this study allows us to suggest the use of this technic for patients who need initial NIV in the intensive care.

Table1: Baseline characteristics of the study population

Parameters	Values
Risk factors	% (Frequency)
Hypertension	53% (41)
Diabetes	30% (23)
Chronic heart failure	23% (18)
Renal insufficiency	17% (13)
Liver disease	1% (1)
Coronary insufficiency	21% (16)
Atrial fibrillation	19% (15)
Stroke	4% (3)
Dyslipidemia	14% (11)
Hemodialysis	1% (1)
Chronic pulmonary disease	35% (27)
Initial clinical status	% (Frequency)
Initial volume expansion	29% (22)
Respiratory distress	86% (66)
Consciousness impairment	10% (8)
Main diagnosis	
COPD* exacerbation	34% (26)
Acute heart failure	45% (35)
ARDS [†]	8% (6)
CAP [‡]	26% (20)
Stroke	6% (5)
Scores	Med[Per10-90]
SOFA	4 [1-9]
IGS2	41 [22-65]

Abbreviations : *Chronic obstructive pulmonary disease [†]Acute respiratory distress syndrome [‡]Community acquired pneumonia

Area under the ROC for the prediction of NIV failure by AI algorithm and SOFA score is shown in Figure 1.



F.C 036 : EARLY EFFECTS OF MECHANICAL VENTILATION ON DIAPHRAGM FUNCTION AND ITS INFLUENCE ON WEANING

Auteurs : A. Trifi, F. Ben Lamine*, C. Abdennebi, F. Daly, Y. Touil, S. Abdellatif, S. Ben Lakkhal

Service : Medical ICU, la Rabta hospital, Tunis- Tunisia

Introduction : the diaphragm is subject of several aggressions induced by mechanical ventilation (MV). Experimental data report that the structural diaphragmatic changes occurred precociously. Ultrasonic exploration has proven itself as a tool for evaluating diaphragmatic contractility in ventilated patients.

Objectif : to examine the effect of early-stage MV on diaphragmatic contractility. In the 2nd step, if a diaphragmatic dysfunction was detected, we assessed its influence on the weaning from ventilator.

Méthode : We measured the ultrasound-diaphragmatic thickening fraction (DTF) in 2 groups (n=30 for each): the study group (all patients receiving MV; the DTF was measured at 2-5 days of MV) and a control group (volunteers in spontaneous ventilation (SV)). The ultrasound measurements were obtained at the zone of apposition of the right hemithorax. Teleinspiratory and teleexpiratory diameters (tid/ted) were taken on the 3 medio-axillary lines: posterior, median and anterior. The DTF was calculated as: $DTF = (tid - ted / ted) \times 100$. At the 1st step, the DTFs were compared and at the 2nd step: the relationship between DTF and weaning was analysed.

Résultat : Our 2 groups were comparable in corpulence and co morbidities. The SV group was younger (35 versus 47 years, $p < 0.05$) with a predominant female composition. The diaphragmatic exploration concluded that in the MV group: the mean tid tended to be higher but without significant difference (29.1+7 versus 26.1+5 mm, $p=0.09$), the mean ted was significantly higher (20.9+6 versus 17.6+3.2 mm, $p=0.01$) and DTF was significantly lower (39.9+12.5% versus 49+20.5%, $p=0.043$). The ventilation mode had no effect

on DTF (40.2+13% for control volume vs. 38.6+9% for PSV mode, p=0.8). Fourteen among 30 ventilated patients had a successful weaning with a mean duration of 6 days. A negative correlation was found close to significance between DTF and weaning duration (Rho=-0.464 and p=0.08). A DTF value > 33% was associated with weaning success (OR=2, 95% CI=[1.07-3.7] and p=0.058) with sensitivity=85.7%, Specificity=50%, PPV=60% and NPV= 80%.

Conclusion : The diaphragmatic contractile function was altered from the first days of MV. Weaning duration seemed to be negatively correlated with DTF, and a DTF at the first 5 days of MV greater than 33% was predictive of weaning success.

F.C 037 : DIAPHRAGMATIC CONTRACTILE FUNCTION BETWEEN SUPINE POSITION VERSUS PRONE POSITION IN VENTILATED PATIENTS

Auteurs : A. Trifi, C. Abdennebi*, F. Daly, Y. Touil, A. Mehdi, H. Fazzeni, M. Tobbiche, S. Abdellatif, S. Ben Lakhhal

Service : Medical ICU, la Rabta hospital, Tunis- Tunisia

Introduction : the prone position (PP) is a simple and effective technique to manage severe hypoxemia whatever the cause. This beneficial effect is mainly due to the redistribution of ventilation to the dorsal zones and to a standardization of the pulmonary circulation thus a better ventilation/ perfusion ratio. But what about the contractile function of the diaphragm, main inspiratory muscle, during this manoeuvre?

Objectif : to evaluate the effect of the positioning from the supine position (SP) to the prone position (PP) on the contractile function of the diaphragm in ventilated patients; using the ultrasound (US) imaging.

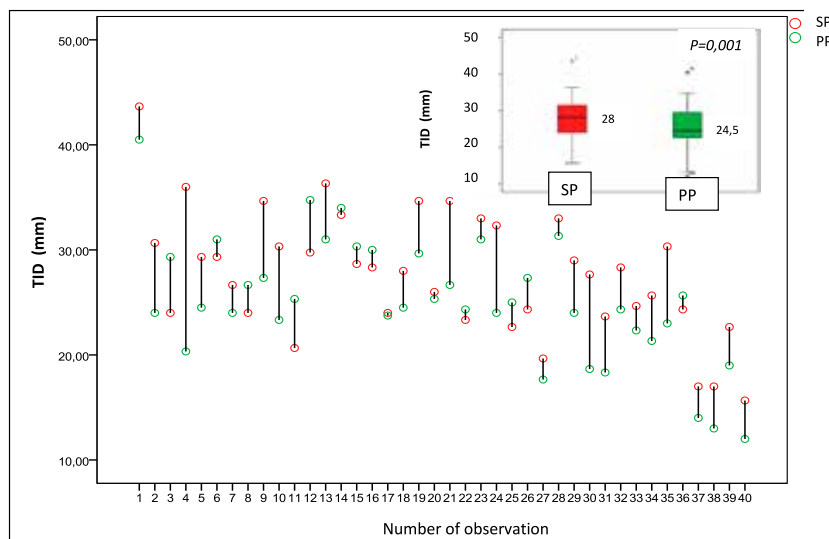
Méthode : comparative prospective study of paired series. The consent and approval were obtained by the patient's parents and the local ethics committee. Were included 40 ICU patients receiving invasive ventilation (for any reason and for at least 48 H). US diaphragmatic assessment was performed in two stages: at SP and at 60 minutes of positioning in PP. The US measurements were obtained at the zone of apposition of the right hemithorax. The Teleinspiratory and teleexpiratory diameters (TID/TED) were taken on the 3 medio-axillary lines: posterior, median and anterior and their means were considered. Thus, the Diaphragmatic thickening fraction (DTF) was calculated as: $DTF = (TID - TED / TED) \times 100$. All these values were compared by pairing.

Résultat : the diaphragmatic contractile function was explored in 40 patients with the following basic characteristics: sex-ratio=2, 07, median age (years) =42 [30-60], median BMI= 23,6 [22-28], SAPS II=42 [29-51], SOFA=5 [3-8]. The most common co morbidities were chronic respiratory failure (CRF, n=11) and hypertension (n=11). Respiratory distress (n=19) and coma (n=18) were the major indications for IV. US diaphragmatic exploration was performed at a median delay of IV at 4 [2-7] days. 95% of patients received sedation and 27,5% received neuromuscular blockers. The ventilator mode was control volume in 35 patients via endotracheal tube (n=33) and tracheostomy cannula (n=7). No major incident was detected during the turning of patients. Both TID and TED decreased from the SP to the PP: TID (mm) (28 in SP vs 24,5 in PP, p=0,001), TED (mm) (18,7 in SP vs 18 in PP, p=0,037). The observed DTF was lower in the PP but without significance (37,4 vs 42,05%, p=0,36). No difference was showed when the comparison between SP- DTF and PP-DTF was adjusted on the ventilator mode, obesity, neuromuscular blockers and CRF.

Conclusion : The positioning in PP in ventilated patients reduces both tele-inspiratory and tele-expiratory diameters of the diaphragm but not altered its contractile function.

US DIAPHRAGMATIC MEASUREMENTS IN THE TWO POSITIONS			
	SP (n=40)	PP (n=40)	p
TID (mm)	28,2	24,5	0,001
TED (mm)	18,7	18	0,037
DTF (%)	42,05	37,4	0,36

US: ultrasonic. SP: supine position. PP: prone position. TID: tele-inspiratorv diameter. TED: tele expiratorv diameter. DTF: diaphraamatic thickenina fraction



TID (mm) in SP versus PP in all participants and summarized in box plot
TID: tele-inspiratory diameter, SP: supine position, PP: prone position

F.C 038 : SEVERITY ASSESSMENT OF COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA AT THE DAWN OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE

Auteurs : YZ Elhechmi, D Hosni, N Salmene, F ben Aba, H Maghraoui, H Ghazeli, M Mezghenni, I Sedghiani, I Zaghdoudi, S Souissi, K Majed, NB Falfoul

Service : *Emergency and Intensive Care, Habib Thameur University Hospital, University of ElManar, Tunis, Tunisia. μ Emergency department, Yasminette Hospital, University of ElManar, Tunis, Tunisia. £ Emergency department, Rabta University Hospital, University of*

Introduction : Artificial intelligence (AI) is gradually changing medical practice. Popular AI techniques include machine learning methods for structured data, such as the classical support vector machine and neural network, and the modern deep learning, as well as natural language processing for unstructured data. Community acquired pneumonia (CAP) is a leading infectious cause of mortality around the world. Assessment of severity based on several scores as Pneumonia Severity Index (PSI) still suffers from a lack of power in the prediction of mortality.

Objectif : The objective of this study was to assess the severity of CAP using artificial intelligence and to compare it with PSI for the prediction of intra-hospital mortality in an internal validation step.

Méthode : This is a multicenter study including prospectively collected data of patients hospitalized for CAP. The diagnosis of CAP was established according to clinical, radiological and biological parameters. PSI was calculated and the same variables used in the PSI were included into an artificial intelligence (AI) algorithm called extreme gradient boost. Data was split into a learning part (70%) and testing part (30%). Then, we asked AI to predict intra-hospital mortality with probability ranging from 0 to 1. We calculated best cut-off for each method. We finally used Receiver operating curves, sensitivity, specificity and accuracy to compare AI to PSI in the prediction of intra-hospital mortality.

Résultat : We included 259 patients admitted for CAP in three university centers from January 2016 through December 2018. Mean age was 68.9 ± 14.8 years. Females represented 38.2% (99) of the population. Length of stay was 2 [1-5] days. General characteristics of the population are summarized in Table1. Table1 Area under the ROC of Artificial intelligence algorithm was significantly higher in the prediction of intra-hospital mortality than PSI with respectively 0.983 [0.964-0.840] versus 0.759 [0.677-0.840] ($p < 0.001$) (Figure 1). Figure1 The best cut-off of PSI and AI for the prediction of intra-hospital mortality were respectively 140 and 0.5. Sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, odds ratio for $PSI \geq 140$ and AI prediction probability ≥ 0.5 were respectively 0.53, 0.89, 0.58, 0.87, 9.02[4.42-18.37] versus 0.93, 0.97, 0.90, 0.98, 524.60[120.69-2280.22]. Accuracy of PSI and AI for the prediction of inhospital mortality were respectively 80.77% and 96.58%.

Conclusion : AI was significantly superior to PSI for the prediction of inhospital mortality with a higher area under the ROC, higher sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and accuracy. This study suggests the superiority of AI in the assessment of severity of CAP.

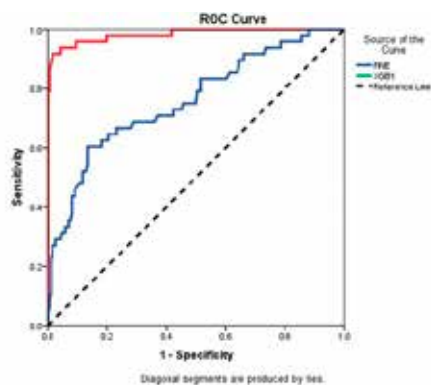


Figure1: ROC of PSI and AI for the prediction of inhospital mortality

Table1: General characteristics of the study population

Parameters	Values
Risk factors	Frequency (%)
Smoking	86 (33.2%)
Hypertension	124 (47.9%)
Diabetes	92 (35.5%)
Dyslipidemia	25 (9.7%)
Chronic heart failure	39 (15.1%)
Coronary syndrome	58 (22.4%)
COPD*	45 (17.4%)
Asthma	4 (1.5%)
Renale failure	22 (8.5%)
Atrial fibrillation	29 (11.2%)
Stroke	28 (10.8%)
Hepatic failure	0 (0.0%)
Neoplasia	3 (1.2%)
Clinical parameters	Median [Per25-75]
Respiratory rate (bpm)	26 [23-30]
Pulsed oxygen saturation (%)	88 [80-94]
Inspiratory fraction of oxygen (%)	21 [21-21]
Heart rate (cpm)	100 [90-120]
Systolic blood pressure (mmHg)	120 [100-140]
Diastolic blood pressure (mmHg)	70 [60-80]
Temperature (Celsius)	38.0 [37.0-38.5]
Glasgow coma scale	15 [15-15]
Biological parameters	Median [Per25-75]
Urea (mmol/L)	10.16 [6.70-15.20]
Sodium level (mmol/L)	135 [131-138]
Blood glucose (mmol/L)	7.54 [5.82-12.79]
Hematocrit (%)	35.9 [32.4-39.8]
pH	7.40 [7.34-7.45]
paO ₂ ^μ (mmHg)	61 [51-77]
Radiological parameters	Frequency (%)
Pleural effusion	34 (13.1%)
Scores	Median [Per25-75]
PSI	107.3 ± 31.8

Abreviations : *Chronic obstructive pulmonary disease μ Arterial Oxygen Pressure

F.C 039 : ETUDE COMPARANT 20ML/KG ET 30ML/KG EN BOLUS DANS LE CHOC SEPTIQUE

Auteurs : S. Chaouech , O. Jaoued , S. Makni , Y. Ben Ali , R. Gharbi, MF. Hassen, H. Ben Sik Ali, S. El Atrous

Service : HOPITAL TAHE SFAR MAHDIA

Introduction : Le traitement du choc septique nécessite une prise en charge hémodynamique précoce et adéquate, à coté du traitement étiologique. La quantité de liquide de remplissage vasculaire à administrer est controversée. Dans la littérature, deux doses sont décrites : 20 ml/kg et 30 ml/kg.

Objectif : Déterminer l'impact sur la mortalité de la quantité du liquide de remplissage vasculaire initialement administrée en bolus en cas de choc septique.

Méthode : C'est une étude observationnelle réalisée dans le service de réanimation médicale sur une période étalée sur deux ans (2017 et 2018) et incluant tous les patients hospitalisés pour prise en charge d'un état de choc septique. Critère de jugement principal : la mortalité. Critère de jugement secondaire : l'évolution du score respiratoire, cardiovasculaire, neurologique, la durée du séjour et les scores de SOFA neurologique, respiratoire et hémodynamique.

Résultat : Durant la période de l'étude 50 patients d'âge moyen 60 ± 18 ans et à prédominance masculine 64% ont été inclus. Un bolus de 20 ml/kg a été administré dans 26% des cas. L'infection pulmonaire était documentée dans 26 % des cas. La mortalité était de 66%. Les deux groupes de patients étaient comparables concernant les caractéristiques démographiques, les co-morbidités. Les scores de SOFA respiratoire et le score respiratoire de H1 à H48 étaient similaires dans les deux groupes. Les scores de SOFA hémodynamique à H4, H8 et H24 étaient significativement plus élevés dans le groupe de 30ml/kg : 4 ± 2 vs 3 ± 1 ($p=0.04$) , 4 ± 1 vs 3 ± 1 ($p=0.04$) , 4 ± 1 vs 3 ± 2 ($p=0.006$). Le score de SOFA neurologique était similaire dans les deux groupes. Il n'existe pas de différence statistiquement significative concernant le score neurologique et cardiovasculaire. La lactatémie, la quantité de remplissage vasculaire entre H1 et H48 et la quantité cumulée de drogues vasoactives étaient identiques dans les deux groupes. Le bilan hydrique à H1 était significativement plus élevé dans le groupe de 30 ml/kg ($1466+950$ vs $867+-400$, $p=0.034$). La durée du séjour et de ventilation mécanique étaient similaires entre les deux groupes. La mortalité était de (70,2%) dans le groupe 30 ml/kg et (51.8%) dans le groupe 20 ml/kg ($p=0.282$) . Les facteurs prédictifs de mortalité étaient l'âge OR=1.124, IC = 95% (1.03-1,22) $p=0.008$ et le SAPSII OR= 1.08, IC=95% (1.01 -1.115) $p=0.016$

Conclusion : Dans cette étude, l'évolution du score SOFA neurologique, respiratoire et hémodynamique étaient similaires dans les deux groupes étudiés. Les facteurs prédictifs de mortalité sont SAPSII et l'âge. Il semble que la quantité de bolus initial n'a pas d'impact sur la morbi-mortalité du choc septique.

F.C 040 : PREVENTION DE L'HYPOTENSION ARTERIELLE AU COURS DE LA CESARIENNE SOUS RACHIANESTHESIE : COMPARAISON DE TROIS PROTOCOLES : EPHEDRINE VS PHENYLEPHRINE VS EPHEDRINE ET PHENYLEPHRINE

Auteurs : S. Maaref; A. Kaddour*; A. Hafsa; A. Brahim; K. Ben Jezia

Service : Service d'Anesthésie Réanimation Farhat Hached Sousse.

Introduction : Le taux de césarienne ne cesse d'augmenter dans le monde entier. L'hypotension artérielle maternelle est la complication la plus fréquente au décours d'une rachianesthésie pour césarienne. Différentes mesures sont appliquées pour prévenir cette hypotension y compris le remplissage vasculaire, le positionnement de la mère ainsi que le recours aux vasopresseurs. L'éphédrine a été longtemps considérée comme le vasopresseur de choix.

Objectif : Comparer l'effet de l'éphédrine, de la phényléphrine ainsi que leur association sur l'incidence de l'hypotension et le retentissement materno-fœtal.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective randomisée en double aveugle menée au CHU Farhat Hached Sousse. 210 parturientes programmées pour une césarienne électorale ont été incluses dans l'étude. Après la randomisation, les femmes en travail étaient divisées en trois groupes: Groupe E a reçu 12 mg d'éphédrine; Le groupe P a reçu 150 µg de phényléphrine et le groupe E + P a reçu 6 mg d'éphédrine + 75 µg de phényléphrine. Nos critères de jugement sont l'incidence de l'hypotension, la dose d'éphédrine consommée à visée thérapeutique, l'incidence des nausées et vomissements et la gazométrie du sang fœtal.

Résultat : Les trois groupes étaient comparables pour l'âge, l'IMC et les paramètres hémodynamiques à l'admission. La plus forte incidence d'hypotension artérielle a été enregistrée dans le groupe (E + P) à 40,66%, sans différence statistiquement significative entre les trois groupes ($p = 0,15$). Au cours des six premières minutes, l'incidence d'hypotension la plus faible a été enregistrée dans le groupe (P), mais sans différence statistiquement significative entre les trois groupes. Il n'y avait aucune différence statistiquement significative dans la consommation de sauvetage d'éphédrine dans les trois groupes. En ce qui concerne l'incidence des nausées et vomissements et la gazométrie du sang fœtal, il n'y avait pas de différence statistiquement significative.

Conclusion : La comparaison de l'éphédrine, de la phényléphrine et leur association n'a montré aucune différence significative en termes d'hypotension et de retentissement materno-fœtal.

F.C 041 : LES URGENCES HYPERTENSIVES DANS LE SCA SANS SUS DÉCALAGE DU SEGMENT ST (NSTEMI) : APPROCHE THÉRAPEUTIQUE AUX URGENCES

Auteurs : Hamzaoui.K*, Chtourou.D, Hamdi.D, Ferjaoui.B, Majdi.A, Kasbaoui.M, Benothmane.M

Service : Service des urgences de l'hôpital Mongi Slim

Introduction : Le NSTEMI est un motif fréquent d'hospitalisations à la Salle d'accueil des urgences vitales. La prise en charge thérapeutique fait l'objet de plusieurs recommandations internationales notamment quand il est associé à des chiffres tensionnels élevés.

Objectif : L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, les conduites thérapeutiques et l'évolution chez les patients admis à la SAUV pour urgences hypertensives dans le NSTEMI.

Méthode : Une étude est prospective a été menée à la SAUV des urgences de l'hôpital Mongi Slim La Marsa. Etude des caractéristiques épidémiologiques, de l'examen physique, de l'approche thérapeutique chez les patients admis à la SAUV pour urgences hypertensives dans le NSTEMI.

Résultat : 48 patients ont été inclus pour NSTEMI avec urgence hypertensive. Age moyen était de 64,56±11 ans et le SR=1,18. Les facteurs de risque cardiovasculaires les plus fréquents sont n(%): HTA 31 (64,6), le diabète 19(39,6) et la coronaropathie 15 (31,3). Les signes électrocardiographiques étaient n (%) : un sous décalage ST 19(39,6) et onde T<0 18 (37). Les dérivés nitrés étaient administrés dans 2% des cas seulement. Une étude comparative entre les deux groupes de patient avec chiffres TAS < 180 mmHg et TAS ≥ 180 mmHg a été décrite dans le tableau.

Conclusion : Obéir aux recommandations internationales est essentielle pour limiter les complications. Le recours aux dérivés nitrés en cas d'une urgence hypertensive avec NSTEMI reste limité malgré les recommandations actuelles.

	TAS ≥180	TAS<180	p
	12(25%)	36(75%)	
Les crépitants	4(33)	3(8,3)	0,005
Les complications	5(41,7)	3(8,3)	0,001
Recours au dérivés nitrés	1	0(0)	0,2

F.C 042 : FIBRILLATION ATRIALE RAPIDE AUX URGENCES : A PROPOS DE 311 CAS

Auteurs : JEMAI M, ZAUCHE K, HAMDENI M, KILA M, BOUBAKER R, YAHYA Y, HASSAINI O, MAGHRAOUI H, MAJED K

Service : Service des urgences de la Rabta. Faculté de médecine de Tunis.

Introduction : La prise en charge de la FA Rapide aux urgences se base sur une analyse des facteurs extracardiaques pouvant être à l'origine de la cadence ventriculaire et sur l'administration d'antiarythmique par voie intraveineuse qui ne sont pas toujours disponibles en Tunisie.

Objectif : L'objectif de notre travail était de décrire le profil clinique des patients chez qui une FA rapide a été objectivée lors de leur consultation aux urgences

Méthode : : il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de 9 mois. Nous avons inclus tout patient âgé de plus de 18 ans chez qui une FA rapide a été mise en évidence sur un tracé ECG de 15 secondes lors de sa consultation.

Résultat : Nous avons colligé 311 patients dont l'âge moyen était de 68 ± 14 ans. Il y avait 44,1% d'hommes. 104 patients (33,44%) avaient des antécédents de cardiopathie. Les facteurs de risque cardiovasculaire étaient présents chez 233 patients (74,91%) dont les plus fréquents étaient l'hypertension artérielle (52,1%), le diabète (26%) et le tabac (23, 2%). la FA était connue chez 199 patients (64 %) dont 13,06 % était valvulaire. Les motifs principaux de consultation étaient la dyspnée (45,7%), les palpitations (40,5%) et les douleurs thoraciques (32,2%). A la présentation initiale, la fréquence cardiaque moyenne était de 147±19 batt/min, 48,87% des patients étaient en détresse respiratoire. Une hypokaliémie inférieure à 3,5 était présente chez 27 patients (8,3%). Les facteurs d'accélération retenus étaient multifactoriels dont par ordre de fréquence la poussée d'IVG dans 39,5% des cas, l'infection dans 12,5% et l'arrêt du traitement dans 10,28%. On a obtenu un ralentissement de la FA dans 32,5 % des cas à la H1 sans le recours à un traitement anti arythmique en contrôlant les facteurs extracardiaques associé à du magnésium. 56,9 % se sont ralentis à H6 après avoir reçu de molécule anti arythmique dont 75 % était de cordarone. Le taux de mortalité était 3,53 %.

Conclusion : La prise en charge de la FA rapide aux urgences exige une prise en charge globale dont le contrôle seulement des facteurs extracardiaques a permis de ralentir la cadence ventriculaire dans le 1/3 des cas.

F.C 043 : EPIDEMIOLOGY OF CANDIDEMIA IN A MEDICAL ICU: A 12- YEARS RETROSPECTIVE STUDY

Auteurs : S. Kalai, A. Trifi, A. Kallel, F. Daly, Y. Touil, S. Abdellatif, K. Kallel, S. Ben Lakhal

Service : Medical ICU, la Rabta hospital, Tunis- Tunisia

Introduction : candidemia is a widespread infection in ICU patients. Its diagnosis is often difficult because of the lack of specificity of clinical signs and the low sensitivity of blood cultures. While the *Candida albicans* species remain the most common isolated, non-*albicans* are emerging. In Tunisia, few data are available.

Objectif : to determine the epidemiological profile of a series of candidemia in ICU, the risk factors associated with the occurrence of candidemia and to describe the modalities of the mycological diagnosis of candidemia and their etiological profile.

Méthode : A retrospective longitudinal descriptive study conducted in the Parasitology - Mycology laboratory with the collaboration of the medical ICU of la Rabta hospital -Tunis over a 12-year period from January 1, 2006 to December 31, 2017. All hospitalized ICU patients with at least one *Candida*-positive blood culture were included.

Résultat : Forty-three patients among 2585 hospitalized patients during the study period had at least one candidemia infection. The main risk factors for development of candidemia infection include invasive procedures, a prior use of antibiotics and receipt of parenteral nutrition. *C. albicans* was the most common species, detected in 41.9% of patients. Non-*albicans Candida* species were prominent (58.1%), represented by *C. parapsilosis*, followed by *C. tropicalis* and *C. Krusei* then *C. glabrata* and finally *C. lusitaniae*. All the isolates tested were sensitive to the common antifungal agents. The mortality rate of our patients was high (76.7%), and the detection of the *albicans* species in blood cultures was the only prognostic factor identified (OR=9,38 [0,83-105,23], p= 0,06).

Conclusion : Candidemia in the medical ICU patients is common and is associated with high mortality rate. Despite the progress of biological tools, the diagnosis is not obvious and needs to take into account the risk factors of the patients and their predisposing pathologies as well as scores based on clinical and microbiological parameters to identify patients with risk of candidemia and to initiate an early empirical treatment for them.

F.C 044 : APERÇU D'UN VÉCU DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION EN PÉRIODE DE MANQUE DE LA COLISTINE

Auteurs : C. Abdennebi*, A. Trifi, F. Daly, Y. Touil, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal

Service : service de réanimation médicale, la Rabta

Introduction : Face aux infections nosocomiales à BGN de profil BMR, le médecin intensiviste doit instaurer rapidement une antibiothérapie probabiliste efficace. Récemment, la pénurie en colistine; a mis les réanimateurs dans une situation inconfortable dans la mesure où le choix thérapeutique est devenu restreint.

Objectif : Notre but était de rapporter notre vécu face à cette crise par l'étude des caractéristiques des IN considérées, le choix antibiotique instauré et l'évolution.

Méthode : Les dossiers des malades chez qui une IN à BMR a été suspectée ou documentée, durant la période concernée (avril-juillet 2019), étaient étudiés. A coté des aspects cliniques, bactériologiques et évolutifs, les décisions du staff médical ont été colligées. L'IN a été défini par une infection apparue après 48 heures d'hospitalisation. Le succès ou échec du schéma thérapeutique était jugé sur l'évolution (basée sur la clinique, biologie et le suivi des prélèvements bactériologiques).

Résultat : Notre étude a concerné 22 épisodes infectieux recensés chez 18 patients de sex-ratio=3,4, d'âge médian à 57 ans, IGSII=40 [12-74] et SOFA= 6 [2-15]. L'insuffisance respiratoire chronique (41%) et le diabète (32%), étaient les tares prédominants. L'admission en réanimation était par le biais des urgences dans 59% des cas et motivée par une cause respiratoire dans 86,4% des cas. La quasi-exclusivité des malades (21/22) étaient sous ventilation mécanique depuis une durée médiane de 8 jours [1-40]. L'IN est survenu dans un délai médian de 8 jours [2-40] dont la PAVM était majoritaire (86%). Elle pouvait concerner un ou plusieurs site(s) et était causée par un ou plusieurs pathogène(s).

Une origine multi-bactérienne était documentée dans 59% des cas. Les germes isolés étaient *A. Baumannii* (n=15), *K. Pneumoniae* (n=12) et *P. Aeruginosa* (n=9). Dans 17 cas, on était confrontés à un profil de sensibilité unique à la colistine et en tenant compte des antibiogrammes, 7 Sept schémas thérapeutiques étaient définis.

Le tableau joint illustre les différentes associations ainsi que l'évolution observée. La combinaison imipenème+rifampicine+aminosides était la plus prescrite (n=6) et celle d'imipenème+tigécycline+aminoside était la plus pourvoyeuse de succès (3/4). La guérison était retenue dans 13 cas (59%). Pour les 9 cas restants, l'évolution était défavorable.

Conclusion : A posteriori de cette période de crise, on peut juger que les différentes combinaisons proposées étaient tout de même efficaces dans plus de la moitié des cas. Une prescription réfléchie et guidée par les tests de synergie des associations seraient d'une utilité indéniable.

TABLEAU. SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES UTILISÉS ET LEURS ISSUES

	Type d'association	N Prescription	Evolution favorable n, (%)	Evolution défavorable n, (%)
Schéma 1	imipènème+ rifampicine	n=2	n=1	n=1
Schéma 2	imipènème+ aminosides	n=3	n=2	n=1
Schéma 3	imipènème+ rifampicine+ aminosides	n=6	n=3	n=3
Schéma 4	imipènème+ tigécyclines+ aminosides	n=4	n=3	n=1
Schéma 5	imipènème+ rifampicine+ tigécyclines	n=4	n=2	n=2
Schéma 6	imipènème+ rifampicine+ ciprofloxacine	n=1	n=1	-
Schéma 7	imipènème+ rifampicine+ tigécyclines+ aminosides	n=2	n=1	n=1
total		n=22, (100%)	n=13, (59%)	n=9, (41%)

F.C 045 : ETUDE COMPARATIVE ENTRE DEUX DOSES DE TIGÉCYCLINE DANS LE TRAITEMENT DES PAVM

Auteurs : Wael Chemli, Oussama Jaoued, Sabrina Chaouech, Rim Chelbi, Rim Gharbi, Mohamed Fekih Hassen, Habiba Ben Sik Ali, Souheil El Atrous

Service : HOPITAL TAHER SFAR MAHDIA

Introduction : La tigécycline est un antibiotique bactériostatique large spectre. Dans le contexte d'émergence des germes multi résistants, la tigécycline reste une molécule efficace dans plusieurs cas. Dans les pneumopathies associées à la ventilation mécanique, la tigécycline est utilisée à des doses variant entre 100mg et 200mg/j. En absence d'un consensus sur la dose, nous avons mené cette étude

Objectif : Comparer l'efficacité et l'innocuité de deux doses de tigécycline dans le traitement des PAVM à germe multi résistant.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle étalée sur 4 ans (2015-2019), incluant tous les patients hospitalisés en réanimation et ayant développés une PAVM et traités par tigécycline. La dose à 200mg ou à 100mg est laissée à la discrétion de médecin. Deux groupes des patients sont individualisés : groupe1 : patients traités par 100mg de tigécycline par jour et groupe2 : patients traités par 200mg de tigécycline par jour. Critère de jugement principal : la mortalité Critère de jugement secondaire : l'efficacité bactériologique et l'innocuité

Résultat : Durant la période de l'étude 52 patients d'âge moyen 62±14, à prédominance masculine et avec un SAPSII moyen 37±14 ont été inclus dans cette étude. Les deux motifs les plus fréquents d'hospitalisation en réanimation étaient la décompensation aiguë de BPCO (38,5%) et l'insuffisance respiratoire aiguë de novo. La PAVM s'est compliquée d'un choc septique dans 75% des cas et d'un SDRA dans 50% des cas. L'acinetobacter baumannii(75%) et le klebsiella pneumoniae (40%) étaient les deux germes les plus fréquents. La dose de 100mg était prescrite chez 15 patients. Les deux groupes étaient comparables concernant les caractéristiques démographiques, les comorbidités sous jacentes, la présence d'un choc septique et les caractéristiques paracliniques.

L'antibiothérapie était inadaptée chez 3 patients du groupe 1 et deux patients du groupe 2 (p=0,157). Le score de SOFA était de 7,4±2 vs 6±3(p=0,152). les GB, la CRP de j1 à j10 et le score de SOFA de j2 à j10 étaient similaires dans les deux groupes et pas de différence significative. La mortalité dans le groupe 1 était 80%, celle du groupe 2 était 59.4%; p=0,208. La durée de séjour (26±19 vs 23±10) p=0,36 et la durée de VM (22±17 vs 19±10 p=0,426) était similaires entre les deux groupes. Deux patients dans le groupe 1 et quatre patients dans le groupe 2 ont développé une insuffisance hépatocellulaire.

Conclusion : Dans notre étude il semble que les deux doses de tigécycline ont la même efficacité et innocuité. Une étude incluant un nombre plus important des patients est nécessaire pour juger définitivement ce problème

F.C 046 : PROFIL MICROBIOLOGIQUE DES PNEUMOPATHIE ASSOCIEES AUX SOINS A BACTERIE GRAM NEGATIF

Auteurs : R.Ammar, F.Zouari*, N.Baccouche,M.Dlala,Ch.ben Hamida, M.Bahloul, H.Chelly, M. Bouaziz

Service : Service de réanimation polyvalente de CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction : Les pneumopathies associées aux soins entraînant une augmentation de la morbi-mortalité chez les malades de soins intensifs. Ce risque est accru par l'augmentation de l'incidence de la résistance aux antibiotiques.

Objectif : Etudier le profil microbiologique des pneumopathies associées aux soins a bactérie gram négatif(BGN) et son impact pronostic.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective de 5 mois (du 01/02/19 au 30/06/19) réalisé aux services de réanimation polyvalente de Sfax incluant les patients qui ont présenté une pneumopathie infectieuse associée de soins à BGN.

Résultat : nous avons inclus 83 patients, avec 163 épisodes d'infection associée aux soins(IAS). L'âge moyen de nos patients a été de 46,75±19. La durée moyenne de séjour en réanimation a été de 26,16 ±16,85 jours. La durée moyenne de séjour à l'hôpital a été de 29,15±17,01 jours. La moyenne de SAPSII a été de 38,19±15,45. La moyenne de SOFA a été de 8,07±3,49. Soixante-cinq patients (67,3%) ont présenté une infection à BGN. La PAVM a été l'IAS la plus fréquente (56,6%,47 patients) dont Pseudomonas Aéroènes (18 patients, 21,7%), Klebsielle Pneumoniae(12 patients,14,5%) et Acinetobacter Baumannii (9 patients,10,8%). Le profil de sensibilité aux antibiotiques a été le suivant : le Pseudomonas Aéroènes a été résistant aux imipenèmes (IMP-R) chez 11 patients et ceftazidime-résistant (CAZ-R) chez 10 patients. La Klebsielle Pneumoniae a été IMP-R chez 4 patients, BLSE chez 7 patients et C3G- résistant chez 8 patients. L'Acinetobacter Baumannii a été IMP-R chez 8 patients et CAZ-R chez 8 patients. La mortalité a été de 46,8% (22 patients).

Conclusion : L'émergence de résistance aux antibiotiques lors des pneumopathies associées aux soins aggrave le pronostic. Pour cela l'usage des antibiotiques doit être révisé.

F.C 047 : EPIDEMIE A ACINETOBACTER BAUMANNII EN SAISON ESTIVALE DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION DES BRÛLÉS

Auteurs : S. Abid1 ; A. Mokline1 ; H. Fraj 1 ; S ; Draief2 ; M. Ben Saad1 ; L. Thabet2 ; AA. Messadi1

Service : 1-Service de réanimation des brûlés. Centre de traumatologie et des grands brûlés.
2-Service de biologie clinique et banque du sang. Centre de traumatologie et des grands brûlés

Introduction : Les épidémies à Acinetobacter multi résistants (ABMR) sont en augmentation dans le monde entier. Plusieurs épidémies dues à cette bactérie ont été répertoriées touchant principalement les patients immunodéprimés, recevant une antibiothérapie et exposés à des séjours prolongés. La diffusion épidémique est attribuée à la transmission manu-portée et au manque de respect des règles d'hygiène dans l'environnement hospitalier.

Objectif : Etudier le retentissement du manque de personnel soignant pendant la saison estivale sur la diffusion de souches d'ABMR au sein de service de réanimation des brûlés.

Méthode : Une enquête rétrospective a été réalisée en collaboration avec le service de microbiologie sur l'isolement des souches d'ABMR sur une période de 2 ans (janvier 2018 – septembre 2019). Ces germes ont été isolés à partir des prélèvements distaux protégés, des hémocultures, prélèvement cutané, et des cathéters.

Résultat : Durant cette période, on a eu 670 admissions répartis sur 20 lits avec une moyenne de ratio personnel soignant/ patient optimal à 0,25. Le ratio personnel soignant/ patient pendant les mois de juillet et aout était insuffisant (0,15 et 0,1 en 2018 et 2019 respectivement) par rapport au ratio moyen pendant le reste de l'année. On a pu constater un pic d'isolement d'ABMR pendant cette période (Figure 1), correspondante aux congés annuels des personnels soignants dans les 2 années consécutives. Concernant les circonstances et causes immédiates de ces épidémies on a pu avancer une probable transmission manuportée et le non-respect des règles d'hygiène des mains.

Conclusion : Le ratio personnel/patient insuffisant constitue une cause indirecte des épidémies à AB. Une bonne gestion des personnels soignants et une meilleure organisation au sein de l'équipe soignante est nécessaire pour la prévention des épidémies à BMR.

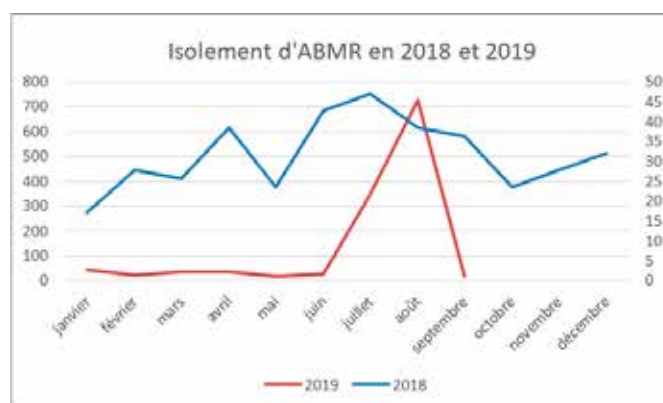


Fig 1 : Répartition de L'Acinetobacter durant 2018- 2019

F.C 048 : SURVEILLANCE DE LA GRIPPE SAISONNIERE EN UNITE DE SOINS INTENSIFS A L'HOPITAL REGIONAL DE ZAGHOUAN

Auteurs : N.Ben Sliméne*, I.Talik, M.Kaddour, S.Ben Zarrouk, H.Maayoufi, F.Essafi, T.Merhabene.

Service : Réanimation médicale, Hôpital Régional de Zaghouna.

Introduction : La grippe saisonnière est une infection virale aiguë pouvant être responsable de maladie grave. Au niveau mondial, ces épidémies annuelles sont responsables d'environ 5 millions de cas de maladies graves, et plus que 250 000 décès [1].

Objectif : Le but de ce travail était d'étudier les aspects épidémiocliniques et évolutifs des infections aiguës causées par les virus grippaux au service de Réanimation à l'hôpital régional de Zaghouna.

Méthode : Etude prospective descriptive réalisée au service de réanimation médicale de l'hôpital régional de Zaghuan entre 1^{er} Janvier 2018 et 31 Juillet 2019. Tous les patients admis pour détresse respiratoire associée à un syndrome grippal dans les 7 jours précédents, ont été inclus. Les prélèvements nasopharyngés, ont été adressés au laboratoire National de référence à l'hôpital Charles Nicolle, où une RT-PCR a été réalisée pour détecter la présence des virus de la grippe. Deux groupes ont été identifiés : Groupe 1 = Grippe positive et Groupe 2 = Grippe négative. Ont été recueilli les données démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

Résultat : Durant la période d'étude, 37 patients ont été colligés. L'âge moyen était de 62±15 ans [25- 85] avec un sexe ratio de 1,17. Les moyennes des scores SAPS II et APACHEII étaient respectivement 26±18 et 14±8. Les antécédents les plus fréquents étaient les pathologies cardio-vasculaires (46%), la broncho-pneumopathie chronique obstructive (40,5 %) et le diabète (27%). 37, 8 % des patients étaient des tabagiques actifs. L'insuffisance respiratoire aigue représentait le motif d'admission le plus fréquent (86,5%) puis les troubles de la conscience (13,5%). 65 % du patient étaient non vaccinés. L'incidence de la Grippe était de 21,6 % soit 8 cas positifs : dont 5 de type A/H1N1 pdm 09, deux de type H3N2 : et un seul cas de Grippe B. Les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients sont portées sur le tableau ci-dessous. Tableau 1 : caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients :

Conclusion : La Grippe A : H1N1 pdm 09 est la plus fréquente dans notre étude. Le faible effectif de l'étude n'a pas permis de ressortir des différences épidémiocliniques significatives entre les 2 groupes sauf le recours à un traitement antiviral plus fréquent. 1 : GISR : Système Mondial OMS DE SURVEILLANCE DE LA GRIPPE ET DE RIPOSTE

Groupe n(%)	Grippe+ 8(21,6%)	Grippe- 29(78,4%)	P
Age (ans) (moy±DS)	59±13	62±15	0.566
Genre			
Masculin, (n,%)	5(62%)	15(51%)	0.701
Pathologie chronique, (n, %)	5(62%)	25(86%)	0.156
Tabagisme, (n, %)	4(50%)	10(34,4%)	0.410
Hypoxie, (n, %)	7(87,5%)	28(96,5%)	0.390
Traitement antiviral, (n, %)	3(37,5%)	1(3,4%)	0.026
Ventilation mécanique, (n, %)	7(87,5%)	22(75,8%)	0.655
Vasopresseurs, (n, %)	2(25%)	6(20,6%)	1.000
Durée de séjour, (j) (med, ext)	6[2-13]	8[2-43]	0.400
Décès (n,%)	4(50%)	7(24%)	0.203

F.C 049 : LA PROCALCITONINE ET LES 3 QUAND : QUAND DÉBUTER ? QUAND MODIFIER ? ET QUAND ARRÊTER UNE ANTIBIOTHÉRAPIE CHEZ LES BRÛLÉS SEPTIQUES ?

Auteurs : S. Sbouï 1; A. Mokline1; L. Debbiche 1, H.Fredj 1; M. Ben Saad 1; S. Draïef 2; B. Gasri 1; L. Thabet 2; AA. Messadi1

Service : 1-Service de réanimation des brûlés; Centre de traumatologie et des grands brûlés. 2- Service de biologie clinique et banque du sang. Centre de traumatologie et des grands brûlés

Introduction : Le sepsis représente une cause majeure de mortalité chez les brûlés en réanimation. La procalcitonine (PCT) étant un marqueur fiable du diagnostic positif du sepsis.

Objectif : Ce travail se propose d'évaluer la cinétique de la PCT par rapport à l'évolution des brûlés septiques sous traitement.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective, menée sur une période de 13 mois, allant du 1^{er} Aout 2018 au 30 septembre 2019, au Service de Réanimation des brûlés de Ben Arous. Ont été inclus les brûlés admis ayant présenté un sepsis selon les critères de la Société Française de Brulologie. Après l'inclusion, chaque patient a bénéficié d'un dosage de la PCT à J0 d'initiation d'antibiothérapie puis toutes les 48 heures. La valeur de la PCT retenue pour initier le traitement était 0,69 ng /ml [1], et les seuils de variation de PCT retenus pour modifier ou arrêter le traitement étaient les suivantes (Figure1) :

Résultat : Durant la période d'étude, 120 brûlés étaient inclus. L'âge moyen était de 32±17ans, le sex-ratio de 2, La SCB moyenne était de 32±14. Deux groupes de patients ont été individualisés: Groupe 1 évolution favorable (N= 81) et Groupe 2 évolution défavorable (N= 39). Les 2 groupes étaient comparables en termes d'âge, d'étendue et de scores de gravité des brûlures. La cinétique de la PCT selon l'évolution des patients était présentée dans le tableau 1. La gestion de l'antibiothérapie guidée par les dosages de PCT a permis de diminuer la durée du traitement antibiotique chez les patients de groupe 1 avec une durée moyenne du traitement tous sites confondus est 5±2,8 jours pour G1 vs 7±2 pour G2 avec p = 0,033

Conclusion : La PCT est un marqueur de grand apport pour l'initialisation, la modification et l'arrêt de l'antibiothérapie chez les patients septiques couplée à l'évolution clinique permettant de raccourcir la durée de l'antibiothérapie. Référence: 1- A. Mokline and al. Ann Burn Fire disasters. 2015 Jun 30; 28(2): 116–120

	Groupe 1	Groupe 2
Variation médiane de la PCT a J3	↓43,5%	↑25.53 %
Variation médiane de la PCTa J5	↓78,8%	↑61 %
Variation médiane de la PCTa J7	↓84,1%	↑87%

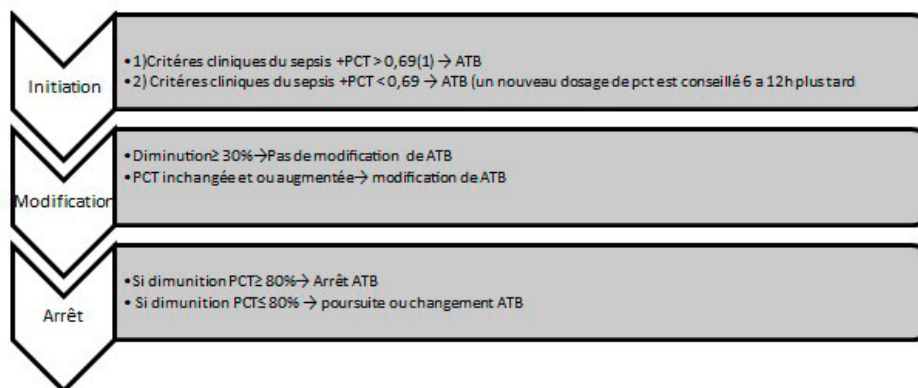


Figure 1 : Protocole de l'étude

F.C 050 : INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS : ÉTAT DES LIEUX DANS UNE UNITÉ DE RÉANIMATION

Auteurs : A. Abidi*, I. Fathallah, S. Bel Haj Youssef, S. Chouchene, H. Sfar, I. Henane, A. Abderrahim, N. Kouraichi

Service : Hôpital régional de Ben Arous, Service de réanimation

Introduction : Les infections associées aux soins (IAS) représentent un véritable problème, leur gestion reste toujours un défi pour les réanimateurs. Qu'en est-il de l'état des lieux dans notre unité de réanimation ?

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de 26 mois. Nous avons inclus tous les patients ayant présenté une (IAS).

Résultat : Durant la période d'étude 325 patients ont été hospitalisés. Nous avons inclus 61 patients (19% des hospitalisations) ayant présenté un total de 148 épisodes d'IAS soit un nombre médian de 2 épisodes par patient [1,3]. Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) étaient en tête de liste (31%) suivies par les infections urinaires (IU) (29%) et les infections liées aux cathéters (ILC) (10%). Les infections étaient bimicrobiennes dans 16 épisodes. La nature des germes selon la porte d'entrée est détaillée dans le tableau 1. Les bactéries sécrétrices de bêta-lactamases à spectre élargi étaient au 1^{er} rang (38%), suivies par les carbapénèmes (24%). Les complications notées étaient essentiellement l'état de choc septique (41%) et le syndrome de détresse respiratoire aiguë (8%). La mortalité était de 53%.

Conclusion : Les PAVM et les IU sont les IAS les plus représentées dans notre unité. Une révision des actions préventives optées par notre équipe est nécessaire pour limiter ce fléau.

	Nombre d'épisodes	Nombre d'infections bimicrobiennes	Nature du germe					
			KP	AB	EC	STAPH	PA	autre
PAVM	47	5	9	6	3	1	14	2
ILC	44	2	5	2	2	2	4	2
IU bactériennes	24	2	8	3	3	-	7	3

KP : *Klebsiella pneumoniae* ; AB : *Acinetobacter baumannii* ; EC : *Escherichia coli* ; STAPH : staphylocoque ; PA : *Pseudomonas aeruginosa*

Tableau 1. Caractéristiques microbiologiques des IAS selon le site

F.C 051 : ETUDE PONCTUELLE DE LA PREVALENCE DE COLONISATION PAR LES BGN MULTI RESISTANTS DANS LE SERVICE DE REANIMATION DU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX

Auteurs : O.Turki, R.Gorbel*, I.Alila, K.Bouchala, R.Ammar, K.CHTara, C.Ben Hamida, M.Bahloul, M.Bouaziz

Service : Réanimation Polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : Le dépistage systématique des porteurs des bactéries multirésistants(BMR) aux services de réanimation, demeure essentiel pour limiter leur diffusion et prévenir la survenue des infections. La transmission croisée de ces germes s'effectue par contact direct ou indirect. Des mesures d'hygiène doivent être scrupuleusement suivies pour limiter cette transmission croisée des BMR et le dépistage en fait la première étape de cette démarche.

Objectif : L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence du portage digestif des BGN multirésistants (BMR) dans le service de réanimation du CHU Habib Bourguiba de Sfax et ses caractéristiques bactériologique et de dégager les facteurs associés ainsi que l'impact pronostic

Méthode : C'est une étude de prévalence ponctuelle de la colonisation digestive par les BMR menée au service de réanimation de l'hôpital Habib Bourguiba de Sfax en Janvier 2019. Un écouvillonnage rectal a été réalisé pour chaque patient hospitalisé au service de réanimation médical depuis un minimum de 24h le jour de l'enquête. Les prélèvements ont été traités au laboratoire de Microbiologie avec une recherche des entérobactéries productrices de BLSE et/ou de carbapénèmases. La production de carbapénémase a été confirmée par des PCR.

Résultat : Un écouvillonnage rectal a été fait pour 32 patients. L'âge moyen des patients était de 45 ans avec un sex-ratio : 1.33. Le motif d'admission était médical dans 62% des cas et 79.4% ont reçu une antibiothérapie antérieure au prélèvement. Quarante et un pourcent des malades prélevés étaient sous antibiothérapie pour une infection authentique. Vingt et deux patients (69%) étaient colonisés par des BMR. 12 (37%) patients étaient colonisés par des souches d'entérobactéries productrices de carbapénémase (11 K. pneumoniae et 1 E. coli), 7 (21%) patients étaient colonisés par des souches d'Acinetobacter baumannii résistantes aux carbapénèmes, et 6 (18%) colonisés par des souches d'entérobactéries productrices de BLSE (4 K. pneumoniae et 2 E. coli). Cette colonisation par BMR a été associée de façon significative aux faites que les malades soient hospitalisés pour une pathologie médicale (0.046), que les malades aient une infection encours ($p=0.008$) et au taux de CRP aussi bien à l'admission que le jours du prélèvement (p respectives à 0.003 et 0.0036)

Conclusion : La prévalence du portage des BMR dans le service de réanimation est élevée traduisant une transmission croisée manuellement importante. Prendre les mesures d'hygiène adéquates afin de limiter la diffusion des BMR et diminuer l'incidence des infections nosocomiales est une urgence.

F.C 052 : ETUDE COMPARATIVE DE LA VALEUR PREDICTIVE DE MORTALITE DU SOFA SCORE ET DE L'APACHE II DANS LE SEPSIS

Auteurs : Y. Gharbi*, M. Kilani, Y. Yahia, K. Zaouche, R. Boubaker, R. Baccouche, H. Maghraoui, K. Majed

Service : CHU La Rabta, service des urgences

Introduction : Le score SOFA (Sequentiel Organ Failure Assessment) est souvent utilisé pour évaluer le dysfonctionnement d'organes chez les patients en sepsis. Le score APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) fait partie des scores de sévérité utilisés en réanimation.

Objectif : Notre travail avait pour but de comparer la valeur prédictive de mortalité intra-hospitalière des scores SOFA et APACHE II lors du sepsis.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective incluant les patients admis pour sepsis au service des urgences sur une période de deux mois. Nous avons calculé le score SOFA et APACHE II et étudié leur valeur pronostique. Le critère de jugement principal était la mortalité intra-hospitalière.

Résultat : 32 patients ont été colligés, dont 56% de femmes et 44% d'hommes; l'âge moyen était de 66 ± 23 ans; tout nos patients avaient des antécédents pathologiques dont les plus fréquents étaient le diabète (75%) et l'HTA (53%). Le motif de consultation le plus fréquent était la fièvre (87,5%); à l'examen initial: la FR moyenne était à 28 ± 6 c/mn, la FC moyenne à 120 ± 20 bpm, la PAS moyenne à 100 ± 20 mmHg et PAD moyenne à 70 ± 20 mmHg; le score de Glasgow moyen était de 13 ± 2 . 93,7% des patients étaient fébriles. Le foyer infectieux était urinaire (62,5%), pulmonaire (40,6%) et neuroméningé (6,2%). Le qSOFA moyen était de $2,4\pm 0,4$, le score SOFA de 7 ± 2 et l'APACHE moyen de 14 ± 2 . Le taux de mortalité intra-hospitalière était de 22%; 19% ont été intubés, et 16% ont nécessité le recours aux drogues vasopressives. Les scores SOFA et APACHE II étaient significativement corrélés à la mortalité avec respectivement $p=0,036$ et $p=0,048$.

Conclusion : Le SOFA score reste plus facile à calculer que le score APACHE II. Par ailleurs, notre étude a montré que sa valeur pronostique semble supérieure à celle de l'APACHE II pour la prédiction de la mortalité lors du sepsis.

F.C 053 : LES COMPLICATIONS GASTRO-DUODENALES CHEZ LES BRULÉS EN REANIMATION

Auteurs : S. Abid*; H. Fraj; M. Ben Saad; A. Mokline; AA. Messadi

Service : Service de réanimation des brûlés. Centre de traumatologie et des grands brûlés

Introduction : Les lésions gastroduodénales sont des complications graves chez les brûlés en réanimation. Leur incidence reste variable d'une étude à une autre, avec une fréquence plus élevée pour les hémorragies digestives hautes.

Objectif : Evaluer l'incidence des complications gastroduodénales chez les brûlés et dégager les facteurs de risque.

Méthode : Etude rétrospective, menée au service de réanimation des brûlés, sur 4 ans de janvier 2016 à septembre 2019. Ont été inclus les patients qui ont présenté une complication gastroduodénale pendant leur hospitalisation. Après l'inclusion, ont été recueillies les données démographiques, cliniques, biologiques, les résultats de l'endoscopie et des comptes rendu opératoires.

Résultat : Parmi les 1354 patients admis, 36 ont présenté des complications gastroduodénales, soit 2,6% des admissions. L'âge moyen était de 36 ± 23 ans, avec une prédominance masculine (sexe ratio = 1,9). La SCB était de $37\% \pm 12,29$ avec un score ABSI moyen de $6,58 \pm 2,54$. Parmi les 36 patients inclus, 26 avaient un ulcère gastro duodéal (incidence de 2,1 %) dont 3 patients avaient des ATCD d'ulcère gastro duodéal. Aucun des patients n'a reçu de traitement prophylactique. Le délai d'apparition de la symptomatologie digestive variait entre J3 et J75 post brûlure avec une médiane de 12 jours. L'endoscopie a été réalisée chez 19 patients et a objectivé un ulcère duodéal dans 13 cas (68,4%) et un ulcère gastrique dans 6 cas (31,6%). Pour les patients restants, les lésions ulcéreuses étaient découvertes en per opératoire (n=2), suite à une hématomèse de grande abondance (n=4), et en post mortem (n=1). L'endoscopie a montré, à part les lésions ulcéreuses, 7 cas de bulbite, 3 cas d'œsophagite et 2 cas de gastrite érosive. Le traitement était chirurgical dans 4 cas et endoscopique dans 3 cas. La mortalité attribuée à ces complications était de 25% (9/36). En analyse multi variée, les facteurs de risque de survenue d'hémorragie digestive haute étaient un âge avancé ($p = 0,00$), un score de gravité ABSI ($p=0,02$), la survenue d'un état de choc hypovolémique initial (OR = 2,66; $p = 0,05$), la coagulopathie ($p = 0,03$), et l'absence de prescription systématique de morphinique (OR = 8; $p = 0,01$).

Conclusion : Chez les brûlés, l'incidence des complications gastro duodénales est de 2,1%. La réanimation du choc, le traitement et la prévention des coagulopathies, une bonne gestion de la douleur, restent la base du traitement prophylactique.

E-Posters

Planning E.Posters (Salle El Kehna)

DATE	HORAIRE	BORNE	N° E.Poster	THEMES	Modérateurs
29/11/2019	10H45	A	P 001 - P 010	Neurologie	<i>Dr H. Ghadhouna, Dr R. Gharbi</i>
		B	P 011 - P 020	Neurologie	<i>Pr C. Ben Hamida, Dr YZ. Elhechmi</i>
		C	P 021 - P 030	Neurologie	<i>Dr Y. Touil, Dr O. Jaoued</i>
		D	P 031 - P 036	Neurologie	<i>Dr Z. Hamouda, Dr J. Ayachi</i>
	14H	A	P 037 - P 045	Hémodynamique	<i>Dr O. Turki, Dr I. Talik</i>
		B	P 046 - P 054	Hémodynamique	<i>Pr M. Fekih Hassen, Dr Z. Hamouda</i>
		C	P 055 - P 063	Hémodynamique	<i>Pr M. Bahloul, Dr S. Ben Abdallah</i>
		D	P 148 - P 155	Métabolique	<i>Dr I. Chouchene, Dr R. Ammar</i>
	16H40	A	P 156 - P 163	Métabolique	<i>Dr T. Merhebene, Dr R. Gharbi</i>
		B	P 123 - P 130	Respiratoire	<i>Pr J. Ben Khelil, Dr Y. Touil</i>
		C	P 131 - P 138	Respiratoire	<i>Dr S. Ayed, Dr N. Baccouche</i>
		D	P 139 - P 147	Respiratoire	<i>Pr I. Ouanes, Dr O. Turki</i>
30/11/2019	8H	A	P 064 - P 083	Infectiologie	<i>Pr C. Ben Hamida, Dr F. Daly</i>
		B	P 084 - P 103	Infectiologie	<i>Dr A. Mokline, Dr R. Ammar</i>
		C	P 104 - P 122	Infectiologie	<i>Dr H. ElGhord, Dr N. Baccouche</i>
		D	P 212 - P 227	Complications iatrogènes	<i>Dr A. Jamoussi, Dr Y. Touil</i>
	11H	A	P 164 - P 176	Toxicologie	<i>Pr N. Kouraichi, Dr A. Azzouzi</i>
		B	P 177 - P 187	Scoring et Procédure	<i>Dr H. ElGhord, Dr J. Guissouma</i>
		C	P 188 - P 198	Scoring et Procédure	<i>Pr F. Dachraoui, Dr M. Fatnassi</i>
		D	P 199 - P 211	Scoring et Procédure	<i>Dr H. Ghadhouna, Dr M. Lahmar</i>
	12H45	A	P 228 - P 236	AUTRES	<i>Dr S. Ayed, Dr O. Jaoued</i>
		B	P 237 - P 245	AUTRES	<i>Dr F. Daly, Dr I. Fathallah</i>
		C	P 246 - P 254	AUTRES	<i>Dr YZ. Elhechmi, Dr I. Ben Saida</i>
		D	P 255 - P 264	AUTRES	<i>Dr A. Jamoussi, Dr I. Talik</i>

THEME : NEUROLOGIE

P 001 : ÉTAT VEGETATIF ET ETAT DE CONSCIENCE MINIMALE : DU DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE A L'ISSUE

Auteurs : M.Tobich, A.Trifi, C.Abdennebi, H.Elfezzani, A.Mehdi, E.Seghir, S.Achouch, H.Bouzidi, F.Daly, Y.Touil, R.Nasri, S.Abdellatif, S. Ben Lalkhal

Service : Hôpital la Rabta Service de Réanimation Médicale

Introduction : L'état végétatif est défini par une abolition de la conscience avec préservation des réflexes neurovégétatifs et moteurs. L'état de conscience minimale est caractérisé par la persistance d'une conscience de soi et/ou de l'environnement. La prise en charge est confrontée aux préoccupations éthiques.

Objectif : Ici, notre objectif était d'étudier les étiologies ainsi que les aspects évolutifs de cet état et de décrire les éléments de sa prise en charge.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et analytique, prenant lieu dans le service de réanimation médicale de l'hôpital la Rabta, et s'étendant sur 5 ans de Janvier 2015 à Octobre 2019. Elle a inclut les patients chez qui un état végétatif ou un état de conscience minimale a été diagnostiqué.

Résultat : Vingt-trois cas étaient colligés. Le sex-ratio était 1,3. L'âge moyen était 47 ± 17 ans. Les patients avaient des moyennes d'IGSII à 47 ± 17 et d'APACHEII à 20 ± 9 et une médiane de SOFA à 7 [5,9]. Une détresse neurologique venait au 1^{er} rang comme motif d'admission (74%) suivie d'une détresse respiratoire (22%). La médiane du score de Glasgow (GCS) à l'admission était 3[3,6] où 61% des patients étaient sédatisés. La médiane du délai de constatation de l'état de conscience minimale était 1[1,11] jours. Le diagramme suivant montre les causes retenues. L'évolution vers un état végétatif ou de conscience minimale était rattaché à la cause initiale d'admission dans 74% des cas. La non récupération des fonctions supérieures était constatée chez 65% des patients, alors que 35% des patients ont eu une récupération partielle. La médiane du meilleur score de Glasgow au cours de l'évolution était 6[3,7]. Six malades ont présenté un état de mort encéphalique. La décision de LATA (limitation et arrêt des thérapeutiques actives) était prise dans un cas. Pour les autres, elle n'a pas été influencée par la non récupération des fonctions supérieures. La médiane de durée du séjour était 48[15,74] jours avec une médiane de durée de ventilation mécanique à 43[14, 59] jours. Deux patients sont encore hospitalisés (DDS= 56 et 90 jours), 20 décédés et une patiente transférée à un service de soins intermédiaires. L'étude analytique de mortalité a révélé qu'un meilleur GCS au cours de l'évolution était un facteur protecteur (OR =0,22 p=0.026 intervalle de confiance à 95% [-7, -0,5]).

Conclusion : L'évolution paraît alourdir la DS, DVM et les couts prodigués. La décision de LATA est loin d'être admise pour des raisons socioreligieuses. Ces données incitent à instaurer des structures pour la prise en charge des patients et de leurs familles.

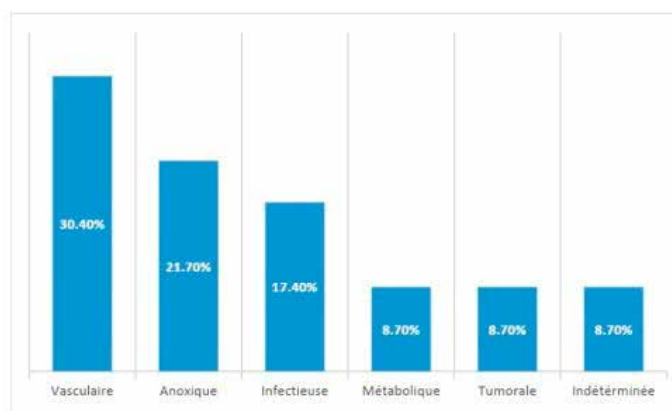


Diagramme : Répartition des causes de l'état de conscience minimale.

P 002 : IMPACT PRONOSTIC DE LA CRANIECTOMIE DECOMPRESSIVE CHEZ LES TRAUMATISES CRANIENS GRAVES : UNE ETUDE RETROSPECTIVE DE 97 CAS

Auteurs : R.Ammar, K.Bouchaala*, O.Turki, M.Yousfi, CH.Ben Hamida , M.BahlouL, Hedi Chelly, M.Bouaziz

Service : Service de réanimation médicale polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : L'incidence de survenue d'une hypertension intra crânienne (HTIC) en post traumatique est élevée. Plusieurs moyens sont utilisés pour lutter contre cette HTIC. La craniectomie décompressive(CD) joue un rôle important dans l'arsenal thérapeutique surtout lors de l'HTIC réfractaire au traitement médical.

Objectif : Étudier l'impact pronostic de la CD chez les TC grave.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive d'une durée de 9 ans incluant les traumatisés crâniens graves GCS≤ 8 ayant subi une CD.

Résultat : Nous avons inclus 97 patients. L'âge moyen a été de 38,28±16,77 ans. Le GCS moyen a été de 5, 1 ±1,89. Tous les malades ont été classés MARSHAL V. La durée moyenne de séjour en réanimation a été de 26,56 jours. Le score de SAPSII moyen a été de 45,06±10,68. La CD a été réalisé dans les 6Heurs chez 71 patients (73,19%). La CD a été unilatérale dans 94,8%. Les complications associées au volet ont été dominées par les convulsions chez 12 patients, la méningite chez 18 patients et l'hydrocéphalie chez 20 patients. La mortalité a été de 50,1%. Glasgow Outcome Scale (GOS) à la sortie a été de : un bon pronostic fonctionnel (GOS 4 or 5) (19,6%), un mauvais pronostic fonctionnel ((GOS 3(20,6%), GOS 2 (8,2%)). GOS à 6 mois a été de : un bon pronostic fonctionnel ((GOS 4 or 5) (17,85%)), un mauvais pronostic fonctionnel (GOS 3 (11,9%), GOS 2 (3,5%), GOS1 (66,6%)).

Conclusion : La CD pourrait être une intervention salvatrice pour une meilleure survie et un meilleur pronostic fonctionnel si l'indication a été donnée à temps chez des patients bien sélectionnés.

P 003 : LES FACTEURS PRONOSTIQUES DU TRAUMATISME CRÂNIEN GRAVE EN RÉANIMATION

Auteurs : Makoudi M, Bouidir Y, Elkaouri M, Douirek F, Zarrouki Y, Samkaoui MA

Service : CHU Mohamed 6 Marrakech, Réanimation chirurgicale

Introduction : Le patient victime d'un traumatisme crânien grave se définit comme un patient comateux avec un score de Glasgow inférieur à 8 ou avec des lésions potentiellement évolutives. L'étiologie est dominée par les accidents de la voie publique (70%). Les traumatismes crâniencéphaliques représentent une des principales causes de mortalités et d'invalidités dans la population jeune.

Objectif : Le but de notre travail était de décrire les caractéristiques épidémiologiques du TCG et d'individualiser les facteurs prédictifs de mortalité.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les observations de TCG admis au service de réanimation chirurgicale à l'hôpital Arrazi, entre janvier 2017 et décembre 2018. C'est ainsi que 121 observations ont été analysées. Nous avons inclus dans l'étude tous les traumatismes crâniens graves isolés ou associés à d'autres lésions en précisant les aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques de chaque malade admis pour TCG.

Résultat : 121 cas de traumatisme crânien grave ont été colligés : 99 hommes (82%) et 22 femmes (18%), l'âge moyen 40,22 ans [17 ans - 76 ans]. Les accidents de la voie publique ont été la cause la plus fréquente du traumatisme (80,4%). Le GCS moyen de nos patients était de 7,4. Nous avons noté 49 cas d'anisocorie (40,4%), 19 cas de myosis (15,7%), 5 cas de mydriase bilatérale (4,1%) et 48 de nos patients avaient des pupilles normales à l'admission (39,6%). Un déficit neurologique a été retrouvé chez 12 malades. 56 patients présentaient à leur admission une PAM adéquate pour un cerveau endommagé (soit 46,2%), 26 cas (21,4%) en hypotension et 19 (15,7%) en HTA. L'hématome sous dural aigu constitue la lésion scanographique la plus fréquentes. Le TCG était isolé seulement chez 32 cas (26,4%), et associé à d'autres lésions dans 73,6%. Au plan thérapeutique, tous nos patients ont bénéficié d'intubation, ventilation et sédation. La transfusion sanguine était nécessaire dans 31,5% des cas, les drogues vasoactives chez 41,4% des cas, l'osmothérapie était utilisée chez 41,8%. 37 patients ont nécessité une intervention neurochirurgicale. 31 de nos patients sont décédés (25,6%), les principales causes du décès étaient une cause neurologique dans 32,2% des cas, infectieuse dans 23,1% et secondaire à un trouble métabolique dans 13,2%. Nous avons retrouvé que l'âge, le délai de la prise en charge, le GCS initial, la mydriase bilatérale aréactive, les lésions associées, l'anémie, l'hypernatrémie, l'œdème cérébral et l'hémorragie méningée, constituent des facteurs prédictifs de mortalité.

Conclusion : L'amélioration du pronostic du TCG se base sur des soins urgents et efficaces sur les lieux de l'accident, d'où la nécessité d'une véritable médecine préhospitalière, et sur une prise en charge dans des centres disposant de l'ensemble du plateau technique nécessaire pour faire face à cet exercice difficile. Sans oublier la nécessité d'instaurer des programmes de prévention et la lutte contre les accidents de la voie publique pour diminuer l'incidence des TCG.

P 004 : AGRESSION CÉRÉBRALE SECONDAIRE D'ORIGINE SYSTÉMIQUE : INCIDENCE ET RÔLE PRONOSTIQUE

Auteurs : H. Bergaoui*, S. Thamloui, w. Nsiri, M. Boughanmi, A. Driss, K. Bacchar, N. Baffoun, C. Kaddour

Service : Institut National Mongi Ben Hmida de Neurologie; service d'anesthésie et de réanimation Résumé :

Introduction : Les agressions cérébrales secondaires d'origine systémique (ACSOS) font parti des objectifs de la prise en charge des traumatisés crâniens vu leurs conséquences délétères sur le pronostic.

Objectif : Etablir l'incidence de ACSOS et leur rôle pronostic dans notre contexte.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 2 ans allant de janvier 2017 au décembre 2018, au service d'anesthésie et de réanimation de l'institut national Monji Ben Hmida de neurologie de Tunis.

Résultat : Quarante-sept patients d'âge moyen 31,6 ± 18,5ans et de sex ratio à 6,83 ont été inclus. 79% des patients étaient victimes d'un accident de la voie publique et dont le transport était par le SAMU dans 30% des cas. Une prise en charge neurochirurgicale était indiquée dans 36% des cas (HED 13%, embarrure 11%). Le délai médian entre l'intervention neurochirurgicale et le traumatisme était de 15 heures. Le délai pour l'admission en réanimation était de 20 ± 19 heures. Le GCS médian était à 7 avec des extrêmes allant de 3 à 15. La durée moyenne de sédation était de 6 ± 5 jours. La durée moyenne de ventilation mécanique était 8 ± 8 jours. La durée de séjour médiane était de 9 jours avec des extrêmes allant de 2 à 51 jours. Le taux de mortalité était de 21,3%. Les causes de décès étaient en rapport avec un coma dépassé et état de mort encéphalique dans 7 cas ou un état de choc septique avec défaillance multiviscérales dans 3 cas Les ACSOS les plus fréquemment relevés étaient : TP bas (77%), hypercapnie (45%), hyperthermie (40%), hyperglycémie (36%) et l'anémie (34%). Plus de la moitié des patients avaient subi plus que 3 ACSOS. En dehors de l'hypernatrémie, aucune ACSOS n'était corrélée à la mortalité. Par contre, le fait de subir plusieurs ACSOS serait corrélée à la mortalité.

Conclusion : L'amélioration du pronostic du traumatisme crânien passe entre autre par la prévention et/ou le traitement précoce des d'ACSOS, qui devraient s'intégrer dans processus de soins adapté à nos conditions d'exercice.

P 005 : DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF POSTOPERATOIRE DE LA RESECTION ENDOSCOPIQUE EN UROLOGIE : INCIDENCES ET FACTEURS DE RISQUE

Auteurs : R.BenRhaïem, A.Harzali, Y.BenSlema, Y.BenOthmen, MS.Mtir, R.Missaoui, M.Kahloul, W.Naija

Service : Service d'anesthésie et réanimation Sahloul

Introduction : L'incidence du dysfonctionnement cognitif postopératoire (DCPO), allant d'un simple défaut de concentration jusqu'au délire est relativement haute. Ce trouble, survenant même à distance de l'acte opératoire, est associé à une augmentation de la mortalité de 20 à 30 %.

Objectif : Déterminer la prévalence et les facteurs de risque des DCPO après les résections endoscopiques (RE) en urologie (TURP syndrome exclu).

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et analytique réalisée sur une période de deux mois au service d'Urologie Sahloul Sousse qui a porté sur les patients programmés pour des résections endoscopiques en urologie (prostate et tumeurs vésicales). Les malades transférés en réanimation, ayant un TURP syndrome ou des pathologies neuropsychiatriques, ceux proposés pour des chirurgies à ciel ouvert ou qu'ont refusé de participer à l'étude étaient non inclus ou exclus. La collecte des données s'est basée sur un questionnaire comprenait les antécédents, les données sociodémographiques ainsi que le MOCA-test passé en pré et en post opératoire (seuil ≤ 23).

Résultat : Notre étude a inclus 39 patients, dont 36 hommes et 3 femmes, avec un âge moyen de $67,5 \pm 11,4$ ans (dont 79% âgés de plus que 60 ans), un statut ASA II dans 56,4% des cas, une classification NYHA II dans 48,7% des cas et un BMI moyen de $24,45 \pm 2,64$ kg/m². La majorité des sujets (89,7%) avait un niveau économique moyen avec un niveau d'étude secondaire ou supérieur dans 38,5% et 30,8% des cas. De même, 41% des malades souffraient des troubles du sommeil et 38,5% d'eux étaient hypertendus. Le consentement des patients était sollicité dans 94,9 % des cas avec une bonne information (66,7 %) sur la pathologie actuelle et sur la chirurgie prévue. Les gestes endoscopiques réalisées essentiellement sous rachianesthésie (87.2%) étaient indiqués essentiellement pour résection de tumeur vésicale. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,84 jours $\pm 4,73$ avec des extrêmes allant de un jour à 30 jours. Le déficit cognitif en préopératoire était trouvé chez 14 patients, soit 35,9 % de la population d'étude. Ce nombre passait après l'intervention à 21 sujet (soit 53,8%) avec une altération importante du score MOCA. La variation moyenne était de $-3,94 \pm 1,31$ avec des extrêmes allant de -8 à -2. Les principaux facteurs associés au risque de DCPO en analyse uni variée étaient l'âge des malades ($p=0.008$), le BMI ($p=0.04$), le niveau scolaire ($p=0.004$), le niveau économique ($p=0.0048$), l'hypertension artérielle ($p=0.011$), des troubles du sommeil préexistant ($p=0.029$) et l'information préopératoire des patients ($p=0.007$).

Conclusion : Les DCPO sont associés à une majoration de la mortalité postopératoire de 0,4 à 39 % quel que soit le type de la chirurgie. Cela impose à identifier les populations à risque nécessitant des mesures de dépistage et thérapeutiques adaptées.

P 006 : TRAUMATISME CRÂNIEN LÉGER (TCL) ADMIS A LA SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES : PLACE DE L'IMAGERIE CÉRÉBRALE

Auteurs : Sfaxi.S*, Chtourou.D, Boussaid.I, Bhouri.I, Anane.K, Chaouech.H, Benothmane.M

Service : Service des urgences de l'hôpital Mongi Slim

Introduction : Le TCL, défini par un CGS entre 13 et 15, est un motif fréquent de consultations aux urgences. Le scanner cérébral, examen de référence pour éliminer toute lésion intracrânienne, revient souvent sans anomalies occasionnant ainsi des irradiations inutiles et un encombrement aux urgences.

Objectif : L'objectif de ce travail était d'étudier les facteurs épidémiologiques et les données de l'examen physique des patients admis pour TCL à la salle SAUV.

Méthode : C'est une étude prospective menée sur 3 mois incluant des patients admis aux urgences pour un traumatisme crânien léger avec un CGS entre 13 et 15. Etudier les caractéristiques épidémiologiques et évolutives ainsi que les résultats scanographiques.

Résultat : 45 traumatisés crâniens légers ont été inclus avec des âges variant de 17 à 84 ans. Le CGS était égale à 15 dans 11,11 % des cas et à 14 dans 88,8% des cas. Parmi les patients ayant un CGS à 15, 38 % avaient des lésions au scanner cérébral. Une étude comparative entre les deux groupes à scanner cérébrale (+) et à scanner cérébrale (-) a été menée (Tableau).

Conclusion : Un scanner cérébral positif est imprévisible chez les traumatisés crâniens légers. Des facteurs de risque comme les lésions retrouvées à l'examen clinique : CGS, l'otorragie, l'épistaxis sont fortement pourvoyeurs d'anomalies au scanner.

	Lésions scanner +	Lésions au scanner -	p
Age	31 \pm 12	44 \pm 17	0,009
Otorragie n (%)	3	0(0)	0,04
Épistaxis n (%)	2	0(0)	0,2
Plaie du scalp n (%)	7	0(0)	0,002

P 007 : LES TRAUMATISMES CRANIENS LEGERS AU SERVICE DES URGENCES

Auteurs : H.Gnena*;H.Hedhli; S.Othmani; A.Zoubli; R.ben Kaddour; M.Ellouz; R.Hamed

Service : *hopital Charles Nicole de Tunis service des urgences*

Introduction : Le traumatisme crânien léger constitue un motif de consultation assez fréquent aux urgences. Il représente un problème de santé majeur et peut entraver parfois la vie quotidienne des sujets actifs.

Objectif : Notre étude a pour objectif d'identifier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients admis pour traumatisme crânien léger

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle prospective s'étalant depuis janvier 2014 jusqu'au septembre 2019. Les patients perdus de vue et les dossiers incomplets étaient exclus

Résultat : Nous avons recensé 575 patients dont l'âge moyen était de 42ans +/- 19 avec une prédominance masculine (sex ratio 3,44). Trois virgule sept pour cent des patients (n=17) étaient sous traitement psychotique et 9,7% (n=56)étaient éthyliques. Il s'agissait majoritairement d'un accident de la voie publique (58,8%) suivi d'un acte de violence dans 16,5% des cas. Dans la majorité des cas le Glasgow Coma Score était à 15 (58,7%) avec un minimum à 13 dans 3,8% des cas. Une TDM cérébrale a été faite chez 89,2% des patients. 87,2% des sujets n'ont pas été hospitalisés. Le décès était de zéro pour cent dans toute la population et chez ceux qui ont été contacté à j7 et à j30. Cinquante-six patients ont gardé des céphalées, 57 se plaignait de vertige sévère et 72 personnes ont décrit une fatigabilité, troubles du sommeil dans n=68. Le recul des patients a montré également (n): anxiété (60), troubles de la concentration(63) et humeur dépressive (59).

Conclusion : Le traumatisme crânien touche généralement la population active de sexe masculin qui peut engendrer des séquelles entravant sa vie de tous les jours d'où l'intérêt d'un suivi à long terme.

P 008 : EFFICACY OF ACETAZOLAMIDE IN ENHANCING REMOVAL OF EXTERNAL VENTRICULAR DRAINAGE IN NEUROSURGICAL PATIENTS: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Auteurs : A.Meftah*, S.Bel Hadj Youssef, H.Hmouda

Service : *Medical Intensive Care Unit, Sahloul University Hospital. Faculty of Medicine of Sousse, Tunisia*

Introduction : Patients with External ventricular drainage (EVD) may become dependent to the procedure leading to a delayed removal of the drain. We report a case in which removal of the EVD was enhanced by Acetazolamide (ACZ) prescription.

Cas clinique : A 73- year-old female patient with a history of high blood pressure and diabetes was transferred to our ICU for persistent coma following evacuation of a spontaneous intracerebral hematoma in the context of a hypertensive crisis. She required on the first postoperative day the insertion of an external ventricular drain (EVD) for intracranial pressure (ICP) control via cerebrospinal fluid drainage. Clinical examination on admission revealed a deeply comatose patient, GCS score was 4 (E1V1M2) and left dilated pupil. She was mechanically ventilated. Her hemodynamic condition was stable. The remainder of physical examination was normal as well as blood tests. The amount of CSF collected daily was between 140 ml and 180 ml. Brain CT scan performed on the 10th hospital day, within 24 hours of drain closure, revealed dilated lateral ventricles requiring continuation of CSF drainage. On day 12, the patient was started on Diamox* (250mg three times daily). We quantified the amount of CSF evacuated daily by the EVD, and we monitored blood pH and bicarbonate levels (Figure 1). CSF amount decreased gradually allowing removal of the EVD on day 30. Blood pH remained within normal range. Control brain CT scan, performed within 2 days of EVD removal, revealed normal lateral ventricles.

Conclusion : ACZ was helpful for enhancing removal of the EVD. ACZ has a diuretic effect, modulates aquaporins function, and slows CSF secretion. A prospective randomized controlled trial may clarify the place of ACZ for facilitating EVD removal in neurosurgical patients.

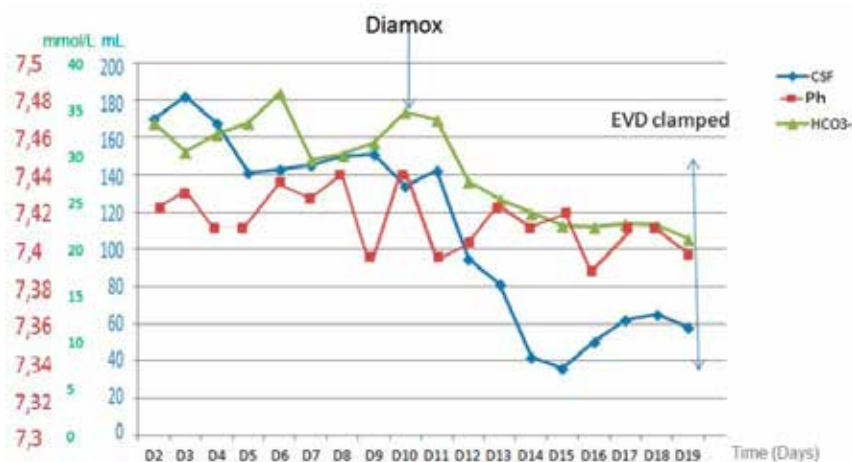


Figure 1: Daily CSF drainage, blood pH, and serum bicarbonate levels before and after ACZ use.

P 009 : ETAT DE MAL EPILEPTIQUE REVELANT UNE AGENESIE DU CORPS CALLEUX A PROPOS D'UN CAS

Auteurs : N.Bouguezzi, L.Debbiche, K. El Felah, H. Fraj, I. Jami; A. Mokline, AA. Messadi

Service : Service de Réanimation des Brûlés- Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie

Introduction : L'agénésie du corps calleux est une malformation congénitale fréquente avec une incidence de 0.5 à 70 personnes sur 10 000 [1]. Elle est souvent asymptomatique et est souvent découverte soit à l'origine d'un retard psychomoteur et/ou d'une épilepsie de sévérité variable ou lors d'un bilan radiologique pour une autre maladie ou de traumatisme crânien [2-3-4-5-6]

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 24 ans aux antécédents de toxicomanie hospitalisé au service de réanimation des brûlés suite à un accident domestique: brûlures par flammes directes avec une surface cutanée brûlée à 21%. Ce patient a présenté à J4 de son hospitalisation une fièvre en plateau en rapport avec un sepsis à porte d'entrée cutanée, traitée par une antibiothérapie empirique par tazocilline- targocid après enquête bactériologique. Les suites ont été marquées par la survenue d'un état de mal convulsif avec des crises tonico-cloniques généralisées suivies d'un coma post critique, sans syndrome méningé ni signes déficitaires, des reflexes osteotendineux et cutanéomuqueux normaux, des pupilles en position intermédiaire réflexives. Le malade a été alors intubé ventilé et sédaté et mis sous traitement anticonvulsivant à base de depakine à la dose de 30 mg/kg. A la biologie : présence d'un syndrome inflammatoire biologique : GB = 15 230/mm³ PNN= 10 200/mm³ Lym=890/mm³ Plaquettes=30.000/mm³, et une procalcitonine à 0.8ng/dl. Le bilan métabolique et toxicologique sont revenus sans anomalies, une TDM cérébrale pratiquée revenue normale, la PL n'a pas pu être faite vu la thrombopénie. Une IRM cérébrale injectée montrant une agénésie partielle du corps calleux. Le patient a été mis sous acide valproïque à la dose de 30mg/kg/j avec une dépakinémie à 72 µmol/l. L'évolution était favorable, avec une extubation à j12 et transfert secondaire en neurologie à j14.

Conclusion : L'agénésie du corps calleux est une malformation cérébrale qui reste sous diagnostiquée, pouvant être responsable d'une crise convulsive même à un âge tardif dont il faut y chercher devant une enquête étiologique négative.

Références: 1. Myriantopolous NC. Epidemiology of central nervous system malformations. In: Vinken PJ, Bruyn GW, Myriantopolous NC, editors. Congenital malformations of the brain and 2. Barkovich AJ, Norman D. Anomalies of the corpus callosum: correlation with further anomalies of the brain. AJR Am J Roentgenol 1988;151:171-9. 3. Barkovich AJ, Kuziecky RI. Gray matter heterotopia. Neurology 2000;55:1603-8. 4. Moutard ML, Lewin F, Baron JM, Kieffer V, Descamps P. Pronostic de l'agénésie isolée du corps calleux. Neurochirurgie 1998;44:96-8. 5. Kendall BE. Dysgenesis of the corpus callosum. Neuroradiology 1983;25:239-56. 6. Chacko A, Koul R, Sankhla DK. Corpus callosum agenesis. Saudi Med J 2001;22:22-5

P 010 : LES FACTEURS DE PRONOSTIC DES ÉTATS DE MAL CONVULSIFS EN RÉANIMATION :

Auteurs : R. Chelbi , E. Abid , O. Jaoued , S. Chaouech , R. Gharbi, MF. Hassen, H. Ben Sik Ali, S. Atrous

Service : HOPITAL TAHER SFAR MAHDIA

Introduction : L'état de mal convulsif (EMC) constitue une urgence électro-clinique associée à une morbidité et une mortalité élevée. Le pronostic peut dépendre de l'état de mal lui-même, de la pathologie causale et du terrain.

Objectif : Déterminer les facteurs prédictifs de mortalité chez les patients admis pour état de mal convulsif en réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective incluant tous les patients hospitalisés en réanimation médicale d'Hôpital Taher Sfar de Mahdia pour état de mal convulsif généralisé sur une période de 06 ans (202013-2018) Les états de mal convulsifs partiels et d'origine anoxique ont été exclus

Résultat : Durant la période de l'étude 84 patients étaient hospitalisés pour un EMC généralisé, soit une incidence de 4%. L'âge moyen était de 47±19 ans et le SAPSII était de 34±15. L'antécédent d'épilepsie était retrouvé chez 38% des patients et 7% des patients avaient un antécédent d'hospitalisation pour un EMC. L'état de mal était généralisé d'emblée dans 75 % des cas et de type tonico-clonique dans 87% des cas. Les étiologies les plus fréquentes de l'EMC étaient : la non observance thérapeutique dans 19% des cas, une infection cérébro-méningée dans 14% des cas et l'accident vasculaire cérébrale (AVC) dans 11% des cas. L'étiologie est restée indéterminée dans 34% des cas. Une benzodiazépine a été prescrite de première intention dans 94% des cas. Une sédation d'emblée a été instaurée chez 14% des patients. Le taux de recours à la ventilation mécanique était de 77%. Dix huit pour cent des patients avaient un état de choc (EDC) à l'admission. La médiane de la durée de séjour en réanimation était de 6[4-14j] avec une mortalité de 12%. En analyse univariée les décédés avait un score de gravité SAPSII plus élevé (47±12 vs 32±14, p=0.005). La méningo-encéphalite comme étiologie d'EMC et l'AVC étaient plus fréquents chez les décédés respectivement 40% vs 11%, p=0.01 et 30% vs 8%, p=0.03. La survenue d'infection nosocomiale était statistiquement plus élevée chez les décédés (60% vs 20%, p=0.007) de même pour la présence d'EDC à l'admission(40% vs 14%, p=0.04). En analyse multivariée les facteurs associés à la mortalité étaient : le score de gravité SAPSII [OR=1,083, IC : 95%(1.023-1.146) p=0.006], la méningo-encéphalite comme étiologie de l'EMC [OR=7,308 IC : 95%(2.333-28.382) p=0.005] et l'AVC[OR=7,603 IC95%(2.098-47.694) p=0.008].

Conclusion : EMC représente 4% des hospitalisations en réanimation. Les facteurs associés à la mortalité étaient le score de gravité SAPSII et l'étiologie de l'EMC (AVC et la méningoencéphalite).

P 011 : INTERET DE LA CRANIECTOMIE DECOMPRESSIVE LORS DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ISCHEMIQUE : ETUDE RETROSPECTIVE DE 21 CAS

Auteurs : R.Ammar,H.Kallel*, S.Bradii, O.Turki, M.Bahloul, Ch.Ben Hamida, H.Chelly, M.Bouaziz

Service : service de réanimation médicale,CHU Habib Bourguiba ,Sfax

Introduction : La craniectomie décompressive (CD) a permis de réduire le taux de mortalité suite aux accidents vasculaires cérébraux ischémiques(AVCI) avec signe d'hypertension intracrânienne mais avec quelles séquelles neurologiques?

Objectif : Etudier l'impact pronostic de la CD chez les malades avec AVCI.

Méthode : Etude rétrospective incluant tout les patients ayant été traité par CD chez les malades ayant un AVCI pendant 5 ans (2015- 2019).

Résultat : On a inclus 21 patients. Sex ratio 1,1. L'âge moyen a été de 58,86 ±10,9ans. La durée moyenne de séjour a été de 23,24±18,64 jours. La durée moyenne de ventilation mécanique a été de 23,24 ±18,64 jours. La moyenne de SAPSII a été de 40,81±11,64 points. La moyenne de SOFA a été de 8,81 ±4,6 points. La moyenne de GCS a été de 8,38±3,04. Le diagnostic retenue a été ACFA (22,7%), urgence hypertensive (54,5%), athérosclérose (45,5%). Le territoire vasculaire touché a été l'artère sylvienne gauche (11 patients,52,38%), l'artère sylvienne droite (9 patients,42,85%), artère cérébrale postérieurs (1 patients,4,7%). Les indications opératoire ont été : la dégradation de l'état de conscience (100%), modification pupillaire (23,8%), effet de masse et déviation de la ligne médiane>5mm (100%), engagement (47,61%), transformation hémorragique(23,8%). Le délai moyen de la réalisation du volet a été de 3,04±2 ,49 jours (min1, max10). La trachéotomie a été réalisée chez 14 patients (63,6%). Le délai moyen de la réalisation de la trachéotomie a été de 11,5±6,44 jours. Un traitement osmotique a été instauré chez 77,3% des cas, un traitement épileptique (54,5%) et un traitement corticoïde (18,2%). La mortalité a été de 59,1% (13 patients). Le pronostic fonctionnel a été évalué par le score Score de Rankin modifié (mrs) : un bon pronostic (mrs 0-3) a été de retrouvé chez un seul patient, un mauvais pronostic (mrs4-6) a été retrouvé chez 20 patients. Les complications associée au volet ont été : abcès cérébral (13,6%),méningite(18,2%), infection locale(18,2%), transformation hémorragique (63,3%), convulsion(40,9%).

Conclusion : la craniectomie décompressive suite aux accidents vasculaires ischémiques n'a pas montré dans notre série d'amélioration sur le pronostic vital ni fonctionnel. Toute indication de craniectomie doit être discutée.

P 012 : FACTEURS PRONOSTIQUES DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX HÉMORRAGIQUES EN RÉANIMATION

Auteurs : Makoudi M, Boudir Y, Douirek F, Zarrouki Y, Samkaoui MA

Service : CHU Mohamed 6 Marrakech, Réanimation chirurgicale Resumé :

Introduction : L'accident vasculaire cérébral hémorragique est une pathologie fréquente représentant 10 à 15 % de l'ensemble des AVC. Cette pathologie est grevée d'une lourde mortalité. En effet, moins de 30 % des patients sont encore vivants cinq ans après l'accident initial et la majorité d'entre eux présentent des séquelles neurologiques.

Objectif : L'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs conditionnant le pronostic vital de ces AVC hémorragiques.

Méthode : Étude rétrospective sur trois ans colligeant les patients admis en réanimation pour un hématome intracérébral spontané en dehors de tout contexte de traumatisme ou de surdosage en anticoagulant, ou de pathologie tumorale cérébrale, et sont évalués les facteurs liés au décès d'origine neurologique uniquement

Résultat : Trente-six patients ont été pris en charge en réanimation : l'âge moyen 42 ans ± 08 ans, 23 parmi eux sont hypertendu, la localisation de l'hématome intracérébral spontané était sustentorielle chez 29 cas, 13 patient sont décédés. Les facteurs retrouvés liés au décès sont : le sexe masculin dans 61,11 % des cas ; le score de Glasgow inférieur à 8 à l'admission dans 80,5 % des cas ; la présence de signes scannographique d'engagement 72,22 % des cas ; — la taille de l'hématome supérieure à 16 cm³ dans 72,22 % des cas ; l'inondation tétraventriculaire 75 % des cas ; la localisation au niveau de la fosse cérébrale postérieure était retrouvée uniquement dans 04 cas décédés ne permettant pas de se prononcer sur le pronostic ; un Intracerebral Hemorrhage Score (ICH) égale ou supérieur à 3 dans 100 % ; — un IGS II score supérieur à 44 dans 91,66 % des cas.

Conclusion : La mortalité des AVC hémorragiques était élevée dans notre étude, mais reste comparable aux données de la littérature précédemment publiées. L'état de conscience initial, la taille de l'hématome, sa localisation ainsi que ICH score représentent les principaux facteurs pronostics. L'IGS score représente également un outil couramment utilisé en réanimation mais non spécifique pour évaluer la gravité des AVC hémorragiques

P 013 : IMPACT DE L'HYPERGLYCÉMIE DURANT LES PREMIÈRES VINGT QUATRE HEURES D'UN AVC SUR LA MORTALITÉ EN MILIEU DE RÉANIMATION MÉDICALE

Auteurs : Rim Gharbi, Saba Makni , Oussama Jaoued, Emna Abid, Mohamed Fekih Hassen, Habiba Ben Sik Ali, Souheil EL Atrous

Service : HOPITAL TAHER SFAR MAHDIA

Introduction : l'hyperglycémie est souvent associée à une surmortalité dans plusieurs pathologies. Lors d'une atteinte ischémique cérébrale focale ou globale une hyperglycémie est souvent durant les premières vingt quatre heures

Objectif : déterminer l'impact de l'hyperglycémie durant les premières vingt quatre heures sur la mortalité des patients ayant une atteinte ischémique cérébrale admis en réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients admis en réanimation pour accident vasculaire ischémique durant la période entre Janvier 2011 et Janvier 2018. Les patients ayant présenté une hypoglycémie ou décédés dans les premières vingt quatre heures ont été non inclus. L'hyperglycémie durant les premières vingt quatre heures est définie par la présence dans un intervalle de 4 heures de deux chiffres de glycémie au doigt supérieurs à 1.8 g/dl. Deux groupes ont été individualisés : groupe 1 : patients présentant une hyperglycémie durant les premières vingt quatre heures et groupe 2 : patients n'ayant pas présenté d'hyperglycémie. Les paramètres recueillis sont : les caractéristiques démographiques, les scores de gravité, le SAPSII, le recours à la ventilation mécanique, l'épuration extra rénale, la survenue d'infection nosocomiale, la durée de la ventilation mécanique et de séjour et la mortalité. Une analyse univariée puis multivariée a été réalisée comme variable indépendante la mortalité.

Résultat : Nous avons inclus soixante et onze patients avec une prédominance masculine (70%), d'âge moyen 63±14 ans et un SAPSII 36,5 ±16. La mortalité globale était de 44%. Les deux groupes étaient comparables concernant l'âge, les scores de gravité et l'état de santé antérieur. La durée de la ventilation mécanique et la mortalité étaient significativement plus élevée dans le groupe 1 que dans 2 avec respectivement (8±4J vs 15J ±11J ; p : 0.002) et (11(30.5%) vs 20(64.5%) ; p : 0.03). En analyse multi-variée, l'hyperglycémie durant les premières vingt quatre heures est un facteur de risque dépendant de la mortalité avec (OR=3,32, IC 95% [1,09-10,07] p=0,03).

Conclusion : l'hyperglycémie durant les premiers vingt quatre heures est associée à une surmortalité chez les patients ayant un accident vasculaire ischémique cérébrale admis en milieu de réanimation médicale.

	Décédés (31)	Survivants(40)	p
Age (ans)	63,11	63,16	0,53
SAPSII	42	31	0,06
Recours à la VM, n(%)	26(83)	20(50)	0,02
Recours à l'EER, n(%)	2(6)	4(10)	0,39
Infection nosocomiale n(%)	10(32)	6(15)	0,08
Hyperglycémie 24h, n(%)	20(64,5)	15(37,5)	0,03

Les résultats de l'analyse univariée sont présentés dans le tableau ci-dessous

P 014 : PATHOLOGIES NEURO-VASCULAIRES DU PERIPARTUM: ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Auteurs : S. Thamloui, H. Bergaoui*, R. Noomen, H. Hammouda, M. Hamdi, K. El mabrouk, N. Baffoun, C. Kaddour

Service : Institut National Mongi Ben Hmida de Neurologie; service d'anesthésie et de réanimation

Introduction : La pathologie neuro-vasculaire cérébrale du péripartum est responsable d'une importante morbi-mortalité maternelle. En effet, elle constitue la deuxième cause non obstétricale de la mortalité maternelle.

Objectif : établir le profil épidémiologique des pathologies neuro-vasculaires du péripartum.

Méthode : Notre travail est une étude rétrospective portant sur les femmes ayant présenté une complication vasculaire cérébrale sur une période de 8 ans.

Résultat : On a retenu 44 observations. L'âge moyen était de 29,4 ans. La gestité moyenne ainsi que la parité moyenne était de 2. 90,9% des patientes (n=40) étaient éclampsiques ou en pré-éclampsie sévère. Les complications cérébrovasculaires ont été par ordre décroissant de fréquence: PRES dans 61,4% suivie par l'hémorragie cérébro-méningée (HCM) dans 29,5% et enfin la TVC et l'ischémie artérielle dans 4,5% chacune. Ces complications sont survenues dans 86,4% des cas pendant le postpartum. Le scanner cérébral était réalisé de première intention chez 94,5% des cas mettant en évidence chez 23 des patientes atteintes de PRES des hypodensités cortico-sous corticales prédominant dans les régions postérieures des hémisphères cérébraux. L'IRM a été réalisée chez 30,6% des patientes, soit dans 11 cas de PRES, 2 cas d'HCM, 2 cas de TVC et 2 cas d'ischémie artérielle. L'angiographie a été réalisée chez 5 patientes ayant une HCM. Elle a permis de mettre en évidence une MAV dans un seul cas. Le taux de mortalité était de 18,2%. L'HCM en était la cause dans 75% des cas.

Conclusion : La survenue de complication neuro-vasculaire chez la femme enceinte ou en postpartum peut être responsable d'une importante morbi-mortalité. Une meilleure connaissance en imagerie de ces entités spécifiques en particulier les complications de l'éclampsie permet une prise en charge adéquate et rapide permettant une importante réduction des complications materno-fœtales.

P 015 : THE IMPACT OF ATRIAL FIBRILLATION ON THE INCIDENCE OF STROKE AND COGNITIVE DECLINE IN AN EMERGENCY DEPARTMENT

Auteurs : FADHEL R, Ghazali H, Ben Slimen C, Bhourri M, Ben Garfa A, Ngach M, Chiboub S SOUISSI S

Service : Emergency Department, Regional Hospital of Ben Arous

Introduction : Atrial fibrillation (AF) is associated with significant morbidity especially in older adults. It is well known that AF carried a high risk of cognitive decline, which is independent of stroke or transient ischemic attack.

Objectif : The aim of our study was to determine the association of atrial fibrillation with cognitive and physical impairment in our Emergency Department (ED).

Méthode : Prospective, monocentric study over five years. Inclusion criteria: patients admitted to ED with the diagnosis of AF. Collection of demographic characteristics, clinical features, classification of AF. CHA₂DS₂-VASc Score for AF Stroke risk and HASBLED score bleeding risk were calculated. We evaluated the incidence of neurological complication in patients with AF with and without anti-coagulation treatment on the 30 day and the 90 day.

Résultat : Inclusion of 330 patients with a mean age of 65±13 years, sex ratio=0.66. Patients' past history :Hypertension 199(60.3%),Diabetes 87 (26.4%),valve disease 13 (3.9%),Atrial fibrillation 145(43.9%),chronic heart disease 64(19.4%),coronary heart disease 42(12.7%),Stroke 27(8.1%). The classification of AF: Paroxysmal 147(44.6%),persistent 33 (10%),long-term persistent 142 (43%). Patients presenting neurological signs in the initial clinical presentation were 10(3%). The average of CHA₂DS₂-VASC Score=2.7±1.7 and HASBLED score=1.4±1. Anticoagulation was indicated for 197 patients (59.7%),it was prescribed only for 87 patients (26.4%). Neurological complications rate on the thirty day and on the ninety day were: ischemic stroke 7(2.1%)and 12(13.6%) respectively;hemorrhagic stroke4(2.1%) and 8(2.4%) respectively. Mortality rate on the 30 day and on the 90 day was 2.7% and 3.9% respectively.

Conclusion : Atrial fibrillation (AF) is a well-recognized risk factor for stroke and cognitive decline. Our present study have shown a lower rate of neurological complications. A better education and medical checkup is the key to ameliorate the prognosis of patients with AF.

P 016 : FLUOXETINE AS AN ADJUNCT THERAPY FOR ISCHAEMIC STROKE TO ENHANCE FUNCTIONAL RECOVERY: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE RECENT LITERATURE

Auteurs : A.Meftah^{1*}, S.Bel Hadj Youssef¹, A.Touil¹, S.Chouchene¹, R.Douma², A.Hassine², S.Ben Amor², H.Hmouda¹

Service : ¹:Medical Intensive Care Unit, Sahloul University Hospital. Faculty of Medicine of Sousse, Tunisia

²: Neurology Ward, Sahloul University Hospital. Faculty of Medicine of Sousse, Tunisia

Introduction : Central nervous system vascular diseases may have disabling sequelae. The interest of serotonin reuptake inhibitors is widely discussed. Here is the case of a patient who received Fluoxetine for 70 days with a clear improvement of her neurological deficit.

Cas clinique : Ms. S. is a 59 year-old women, with a history of diabetes, high blood pressure, left lenticular hemorrhagic stroke since 4 years with no sequelae, epilepsy for 36 years, two hospitalizations in ICU, the last one in 2017 for management of status epilepticus.

The history of her current illness dates back to 30/10/18 when she presented a refractory status epilepticus requiring admission to ICU, intubation and mechanical ventilation. Faced with the difficulty of weaning because of agitation and quadriplegia when sedation was withdrawn, a brain CT scan was performed on day 8 of hospitalization showing ischaemic strokes of the anterior cerebral and Sylvian right arteries. The patient had a tracheostomy on the 22nd hospital day. Outcome was favorable with a striking neurological improvement. The patient became conscious, but with flaccid tetraplegia. She was kept under Carbamazepine and phenobarbital in combination with Fluoxetine (started on the 8th hospital day) which was maintained for 70 days. On day 45, the patient began to move the right side of her body, the left side remained paralyzed. On day 66, there was a total recovery of the right motor deficit, and significant improvement of the left side, but with persistent left hemiparesis. The patient was discharged after removal of the tracheostomy canula, under usual treatment with home physiotherapy.

Conclusion : Early initiation of Fluoxetine for more than two months was associated with a striking improvement of flaccid tetraplegia and only persistence of left hemiparesis. Randomized controlled trials are mandatory to confirm Fluoxetine benefits in ischemic stroke.

P 017 : L'ACCIDENT ISCHÉMIQUE CÉRÉBRAL CHEZ LE SUJET JEUNE : À PROPOS DE 4 CAS

Auteurs : A.Bouزيد, O.Bouhamed, L.Benalaya, M.Yahya, M.Bouabid, R.Zoubeidi, H. Bouchaïra

Service : Hôpital universitaire de Médenine, service d'anesthésie-réanimation

Introduction : L'AVC ischémique chez le sujet jeune représente une entité clinique et thérapeutique particulière devant ses étiologies qui diffère de celles des AVC ischémique du sujet âgé. Une démarche diagnostique vigilante est nécessaire à fin d'établir un diagnostic étiologique précis et un traitement adéquat.

Objectif : Nous cherchons dans cette étude les particularités épidémiologique, clinique et étiologique devant un AVC ischémique chez un sujet jeune.

Méthode : Nous rapportons 4 cas d'AVC ischémiques diagnostiqués chez des sujets moins de 50 ans dans le service de réanimation de CHU Habib Bourguiba de Médenine dans la période s'étendant de 2015 à 2019. Les données ont été recueillies à partir des dossiers cliniques et pour chaque patient nous avons collecté : des éléments épidémiologiques, l'examen neurologique, des éléments biologiques et tomodensitométriques.

Résultat : Nos résultats sont consignés comme tel : La moyenne d'âge des patients était 31 ans (48, 43, 22, 11), le rapport H/F=1 (2 hommes et 2 femmes) ce qui est proche des valeurs indiquées dans la littérature. 2 patients n'avaient pas d'antécédents, alors que 2 avaient des antécédents de cardiopathie avec des troubles de rythme. Le GCS moyen était de 8/15 (11, 9, 7, 5). Tous les patients ont présenté des signes de localisations à type d'hémiplégie. Le TDM et/ou IRM a montré un AVC étendue avec effet de masse chez 3 malades alors qu'une patiente avait des lésions multiples bilatérales. L'étiologie trouvée était une cardiopathie rythmique (déjà connue dans les antécédents), syndrome des anti-phospholipides chez un patient et déficit de la protéine S chez une autre. Deux patients ont nécessité une intubation, et ont bénéficié d'un volet décompressif en urgence. L'évolution était bonne chez les deux avec extubation et récupération neurologique tout en gardant une hémiplégie séquellaire. La patiente ayant des AVC multiples a gardé des séquelles lourde avec absence de réveil et a été mise sortante à domicile avec une trachéotomie. L'autre patiente a présenté une bonne évolution sans grande séquelle.

Conclusion : Les AVC ischémique chez le sujet jeune nécessitant l'admission en réanimation reste une pathologie grave avec des séquelles lourdes, ce qui implique une prise en charge agressive incluant la chirurgie décompressive et un traitement étiologique.

P 018 : ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC) ISCHEMIQUE HEMISPHERIQUE POST TRAUMATIQUE, PAR QUEL MECANISME ?

Auteurs : Chakroun.S, Ben Othmen.MA*, Mili.E, Khemili.M, Negi.I, Chtioui.L, Gafsi B, Ben Salem. F, Gahbiche.M

Service : Service d'anesthésie réanimation FB Monsatir

Introduction : Les lésions cervicales traumatiques sont fréquemment associées aux traumatismes crâniens. Il existe peu de publications qui illustrent ce problème de pratique courante aux urgences. Les dissections carotidiennes et vertébrales traumatiques dans leurs portions extra-crâniennes représentent la première cause d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique chez les adultes jeunes (20% des AVC ischémiques dans cette population) et peuvent être responsables de séquelles neurologiques majeures.

Cas clinique : il s'agit d'un enfant âgé de 2 ans, sans antécédents pathologiques notables, victime d'un accident de la voie publique. L'examen aux urgences a montré un patient inconscient avec un score de Glasgow à 8/15, pupilles en anisocorie (Mydriase à droite et intermédiaire gauche), patient stable sur les plans hémodynamiques et respiratoire, l'examen trouve un point d'impact crânien avec une ecchymose orbitaire droite, une épistaxis de faible abondance. Le patient a été intubé ventilé sédaté et il a reçu une dose d'osmothérapie. Un Body scanner a été demandé en urgence montrant : des multiples fractures des os du crâne, un hématome extradural de 4 mm d'épaisseur avec une hémorragie sous arachnoïdienne de faible abondance, reste de l'examen sans particularités. Le patient a été hospitalisé dans le service de réanimation. Un Angioscanner a été demandé devant la suspicion d'une dissection des vaisseaux du cou (Une asymétrie des valeurs au DTC avec une diminution de vélocité systolique de 25% par rapport au côté opposé, associé à un IP < 0,8). Le scanner a montré un défaut d'opacification de l'artère carotide interne gauche dans son siphon évoquant une dissection post traumatique compliquée d'une ischémie cérébrale hémisphérique totale gauche. Le patient a bénéficié d'un volet décompressif gauche puis traité d'une façon symptomatique et extubé après 8 jours d'hospitalisation, il était hémiparétique du côté droit. Actuellement et après une année de rééducation neuromotrice, il a récupéré une grande partie de sa force musculaire et de son autonomie. Discussion : La lésion intimale initiale lors des dissections carotidiennes traumatiques dans leurs portions extra-crâniennes permet un afflux de sang dans la paroi du vaisseau conduisant à un hématome intramural. La rupture de l'endothélium active les phénomènes de coagulation entraînant la formation d'un thrombus dans la lumière vasculaire avec possibilité d'embolies distales. C'est pourquoi l'utilisation d'antiagrégants plaquettaires ou d'anticoagulants paraît appropriée pour prévenir l'apparition des lésions ischémiques. Lorsque le plan de dissection du vaisseau se situe entre l'intima et la media, l'extension de l'hématome intra-mural peut comprimer la lumière vasculaire provoquant sténose sévère ou occlusion du vaisseau responsables d'AVC ischémiques hémodynamiques. L'occlusion ou la sténose du vaisseau peut entraîner une baisse de la perfusion cérébrale dans le territoire concerné. Il s'agit alors d'un mécanisme hémodynamique dépendant de la fonctionnalité du polygone de Willis. Notre patient avait une Hypoplasie des artères cérébrales antérieures et de la communicante postérieure gauche ce qui a causé un AVC ischémique hémodynamique gauche étendu favorisé par une instabilité hémodynamique associée.

Conclusion : Les traumatismes fermés des vaisseaux du cou sont peu fréquents, mais nécessitent d'être diagnostiqués précocement en raison du risque important d'AVC ischémique. Leur diagnostic repose sur l'Angio-TDM sensibilisée par des moyens de dépistages cliniques ou para-cliniques au lit du patient. Les menaces ischémiques hémodynamiques doivent également bénéficier d'un traitement médical adapté avec le maintien d'un niveau de pression artérielle élevé et d'une volémie optimale.



P 019 : ISCHÉMIE AIGUE DES DEUX MEMBRES INFÉRIEURS QUI MIME UNE COMPRESSION MÉDULLAIRE : À PROPOS D'UN CAS

Auteurs : Hadil Mhadhbi*, Maher Arafa, Bassem Chatbri, Rim Hamami, Mounir Hagui, Khaled Lamine

Service : Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, service d'accueil des urgences

Introduction : L'ischémie aiguë des membres inférieurs est une urgence médicochirurgicale. Les signes cliniques d'ischémie aiguë associent pâleur, absence de pouls, froideur du membre et douleurs. L'apparition de signes neurologiques est un critère de gravité.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 83 ans coronarienne stentée, épileptique, qui a consulté les urgences pour une lourdeur des deux membres inférieurs d'installation brutale depuis 6 heures. La patiente était apyrétique, eupneïque avec une saturation pulsée en oxygène à 97% à l'air ambiant, la pression artérielle systolique était de 180 mmHg, la diastolique était de 60 mmHg. La patiente était consciente mais avec une para-parésie des deux membres inférieurs, des réflexes ostéo-tendineux abolis et une incontinence urinaire. Le bilan biologique est revenu sans anomalies. Nous avons évoqué le diagnostic d'une compression médullaire. Une IRM médullaire a été demandée infirmant le diagnostic. L'évolution était marquée par l'installation d'une cyanose des deux membres inférieurs avec froideur et abolition des pouls fémoraux. Le diagnostic d'une ischémie aiguë des deux membres inférieurs était secondairement évoqué. Nous avons complété par un angiogramme des deux membres inférieurs qui a montré une thrombose de l'aorte sous rénale avec ischémie des deux membres inférieurs. La patiente a reçu une héparinothérapie et elle a été acheminée au bloc opératoire de chirurgie vasculaire.

Conclusion : La thrombose aortique est une cause d'ischémie aiguë bilatérale. Il faut connaître la possibilité de formes trompeuses où les signes neurologiques sont au premier plan, allant des paresthésies à la paraplégie, pouvant faire orienter le diagnostic vers une pathologie médullaire.



P 020 : SYNDROME NEURO-ANÉMIQUE SEVERE SIMULANT UN SYNDROME DE GUILLAIN BARRE.

Auteurs : J. Mahmoud*, R. Ben Debbis, N. Ben Mahmoud, D. Ben Braiek, M. Boujelbene, A. Romdhane, H. Hmouda.

Service : Service de Réanimation Médicale, CHU sahloul, Sousse

Introduction : La carence profonde en vitamine B12 est une situation potentiellement grave. Ses manifestations cliniques polymorphes, et son installation insidieuse rendent compte du retard diagnostique. Nous rapportons un cas de syndrome neuro-anémique sévère simulant un syndrome de Guillain Barré.

Cas clinique : Il s'agit d'une patiente âgée de 28 ans, suivie pour anémie chronique découverte par un tableau d'asthénie nécessitant la transfusion de 2 culots globulaires devant des chiffres d'hémoglobine à 5.6 g/dl. L'évolution était défavorable, marquée par l'aggravation de son asthénie avec installation d'une difficulté de la marche d'évolution progressive la confinant au lit. La ponction sternale a révélé des mégalo blastes en faveur d'une anémie mégalo blastique. Un traitement par vitamine B12 par voie intramusculaire a été démarré. Une fois la cure achevée, la patiente a présenté une détresse respiratoire aiguë justifiant l'intubation, la ventilation mécanique, et l'hospitalisation en réanimation. L'angiogramme thoracique a révélé une embolie pulmonaire proximale bilatérale. Un traitement anticoagulant a été démarré. La biologie a révélé une Hb à 7.1 g/dl et un VGM=94, le Fer sérique était également bas justifiant une cure de Fer par voie veineuse. L'évolution clinique était favorable et la patiente a été extubée à J2 d'hospitalisation.

L'examen neurologique a révélé une paralysie flasque des deux membres inférieurs avec abolition des ROT. Une respiration paradoxale, témoins d'une dysfonction diaphragmatique et une voie éteinte avec parésie de la corde vocale droite ont été retrouvés. Des hallucinations visuelles ont été remarquées. L'EMG était en faveur d'une polyneuropathie sensitivomotrice. La PL et l'IRM cérébro-médullaire étaient normales, éliminant ainsi une atteinte médullaire et un syndrome de Guillain Barré. Le bilan immunologique était négatif. L'évolution était favorable grâce à la cure de vitamine B12 et à une kinésithérapie respiratoire et motrice.

Conclusion : Le syndrome neuro-anémique de l'anémie mégalo blastique peut simuler dans sa forme sévère une polyradiculonevrite. Un diagnostic précoce, et un traitement approprié par Vitamine B12 administrée par voie parentérale garantissent une évolution favorable.

P 021 : SYNDROME DE GUILLAIN BARRE TARDIF SECONDAIRE A UNE INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL : A PROPOS D'UN CAS.

Auteurs : R.Ben Dabebiss*, J.Mahmoud, N.Ben Mahmoud, M.Boujelbene, A.Ben Romdhane, H. Hmouda.

Service : Service de Réanimation Médicale, CHU sahloul, Sousse.

Introduction : Le virus du Nil occidental (VNO) a la réputation d'être neuroinvasif, neurotrope, et neurovirulent. Nous rapportons le cas d'un jeune adulte hospitalisé à deux reprises en réanimation pour encéphalite aigüe suivie d'un syndrome de Guillain barré, d'évolution favorable.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 31 ans, chauffeur dans une usine, immunocompétent admis en réanimation pour trouble de la conscience fébrile nécessitant le recours à la ventilation mécanique. Le scanner cérébral était sans anomalies. La ponction lombaire initiale était normale. Il a été traité initialement par Acyclovir, arrêté dès la négativité du résultat de la PCR au niveau du LCR. Les sérologies des virus neurotropes sont revenues négatives, excepté un résultat positif à IgG pour le virus du Nil occidental. Devant l'amélioration de l'état neurologique avec un réveil complet à l'arrêt de la sédation il a été extubé à J8 d'hospitalisation, et a tenu à sortir le lendemain contre avis médical. Deux semaines après sa sortie, le patient a présenté une lourdeur initialement au niveau de 2 membres inférieurs avec impossibilité de se tenir debout. Devant une gêne respiratoire, il a été réadmis en réanimation. L'examen a révélé une tétraparésie, une abolition des ROT, des troubles de la déglutition, une aphonie en rapport avec une paralysie des cordes vocales, une polypnée superficielle en rapport avec une dysfonction diaphragmatique (respiration paradoxale) et des signes de lutte. L'IRM cérébromédullaire était normale. La PL a révélé une dissociation albumino cytotologique. L'amélioration clinique était spectaculaire après administration de veinoglobuline (0.4g/kg/j) pendant 5 jours. Les troubles moteurs, respiratoires, l'aphonie, et les troubles de la déglutition ont régressé en l'espace de deux semaines. Une surveillance rapprochée et une kinésithérapie intensive, ont permis d'éviter le recours à la ventilation mécanique.

Conclusion : Cette observation souligne d'une part le polymorphisme clinique de l'atteinte neurologique secondaire à l'infection par le VNO, d'autre part la possibilité d'atteinte tardive par rapport à l'infestation. L'efficacité des immunoglobulines témoigne du caractère auto immun de l'atteinte neurologique.

P 022 : SYNDROME DE PERTHES : A PROPOS DE UN CAS

Auteurs : Mili. E, Chakroun.S, Ben Othmen.M A*, Gafsi B, Lahdhiri.A, Koubaa.I, Bannour.M, Ben Mansour.M, Ben Salem.F, Gabbiche.M

Service : Service d'anesthésie réanimation FB Monsatir

Introduction : L'asphyxie traumatique ou syndrome de Perthes est une affection caractérisée par une triade classique associant une Cyanose cervico-faciale, une hémorragie sous-conjonctivale et des pétéchies à des manifestations neurologiques survenant à la suite d'une compression thoracique ou thoraco-abdominale post traumatique brutale et brève sur un thorax en hyperinflation.

Cas clinique : Il s'agit d'un enfant âgé de 3 ans sans antécédents pathologiques notables victime d'un poly traumatisme suite à un accident domestique (chute d'un mur en cours de construction sur le thorax quand l'enfant était en train de jouer). A l'examen aux urgences : l'enfant était somnolent, score de Glasgow à 12/15, les pupilles étaient en position intermédiaire, les réflexes du tronc étaient présents, la pression artérielle à 80/40 mmHg avec une FC à 140 b/min, polypnée avec une SpO2 à 86 % à l'air ambiant. Par ailleurs, l'enfant avait une cyanose cervico-faciale, des pétéchies au niveau du cou et de la face, une hémorragie sous-conjonctivale avec des écorchures au niveau thoracique. Le patient a été intubé par l'équipe de SMUR puis transporté pour la réalisation d'un Body- scanner a montré l'absence d'une anomalie à l'étage cérébral, des contusions pulmonaires bilatérales, pas de fractures des côtes. Au niveau abdomino-pelvien : pas de lésions traumatiques. Le patient a été hospitalisé dans le service de réanimation chirurgicale.

L'évolution était favorable avec disparition de la cyanose au bout de 24 h et des pétéchies ainsi que l'hémorragie sous-conjonctivale au bout de 2 jours. Le patient était conscient à l'arrêt de la sédation mais l'état respiratoire était non satisfaisant à cause des lésions pulmonaires traumatiques et d'une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique à Pseudomonas. Le patient a été extubé après 5 jours d'hospitalisation et mis sortant après une semaine.

Conclusion : Le syndrome de Perthes doit être évoqué devant l'association d'un masque ecchymotique et des manifestations neurologiques survenant après un traumatisme compressif du thorax brutal et bref. Son traitement est symptomatique. La levée rapide de la Compression et la réanimation cardiorespiratoire précoce réduisent le risque de lésions anoxiques cérébrales.

P 023 : ENDOCARDITE INFECTIEUSE REVELANT UN AVC ISCHEMIQUE : A PROPOS D'UN CAS

Auteurs : N.B MEFTHEH , E.RBAI, S.MARZOUGUI , M.BACHROUCH , M.BAYAR, A.B HASSINE, A.ELEUCHI , Y.AMMAR

Service : Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie

Introduction : Les complications neurologiques au cours des endocardites infectieuses (EI) occupent la première place, elles représentent la deuxième cause de mortalité. Les AVC d'origine embolique dominent les complications neurologiques, ils affectent 15% des patients atteints d'EI sur valve native et représentent la moitié des complications neurologiques ils sont révélateurs dans 66 à 74% des cas mais le diagnostic reste difficile et il faut y penser. Nous rapportons l'observation d'un AVC ischémique révélant une endocardite infectieuse sur valve native.

Cas clinique : Patiente âgée de 46 ans, sans antécédents pathologiques notables admise au service de cardiologie par les biais des urgences pour hémiparésie gauche et aphasie dans un contexte fébrile. L'examen clinique met en évidence un souffle mitral. La biologie a montré

un SIB. TDM cérébrale a conclu à un AVC ischémique et l'ETT a objectivé une végétation mobile sur la valve mitrale antérieure avec IM modérée. L'évolution dans ce cas était favorable.

Conclusion : L'EI reste une maladie grave, peu fréquente et de diagnostic difficile. La complication neurologique peut être au premier plan. Devant tout déficit neurologique accompagné de fièvre avec SIB l'EI doit être recherché systématiquement.

P 024 : SYNDROME DE SHNEIDER

Auteurs : MS.Mtir, A.Harzalli, I.Ouaz, Y.BenOthmen, M.Belaid, A.Chouech, W.Naija

Service : Service d'anesthésie et réanimation Sahloul

Introduction : Le syndrome ALAJOUANINE SHNEIDER ou Acute traumatic Central Cord Syndrom (ATCCS) est le plus fréquent des syndromes médullaire incomplète post traumatique. Il représente un problème psychosocial par la gravité des séquelles pour le patient et la santé publique.

Cas clinique : Patient âgé de 62 ans sans antécédents, tabagique sévère, victime d'un traumatisme cervical suite à une chute avec un mécanisme en hyper extension cervicale Examen clinique initial :conscient orienté, tétraplégie initiale, niveau MOTRICE C5, sensibilité tactile et thermo-algique ABSENTE, NIVEAU sensitif C4. EX du PERINE: béance anale, ROT abolis, Babinski absent, ASIA SCORE motricité 0/100 Score <touché> =0/100 score<piqûre >=0/100 rot abolis Babinski absent une bradycardie 48-55 bpm avec une stabilité hémodynamique(HD)(ces anomalies résultent d'une hémorragie ou d'œdème Centro- médullaire post traumatique) Le reste de l'examen sans anomalie. Body scanner initial a H2 et biologie sans anomalie Le patient a été pris en charge en milieu de réanimation avec un monitoring HD et respiratoire adéquat avec stabilisation du rachis cervicale par une minerve. L'évolution à j1 d'hospitalisation a été marquée par une récupération quasi-totale de la sensibilité thermo-algique, A J2 une récupération partielle de la motricité des deux membres inférieures(MI). L'administration d'une corticothérapie à forte dose pendant 3 jours suivie de dégression progressive et une rééducation précoce. L'IRM (qui est la méthode de choix pour le diagnostic ATCCS) :contusion œdémateuse de la moelle cervicale à hauteur de C3 C4 C5, des remaniements dégénératifs étagés avec des barres disco-ostéophytiques étagées comprimant le cordon médullaire. L'évolution: une récupération complète de la sensibilité de la motricité de deux MI et récupération partielle de la motricité de membres supérieurs(MS) Par ailleurs la décompression chirurgicale précoce restent controversée en raison de l'absence d'essai clinique randomisée.

Conclusion : ATCCS est observé chez les âgés à l'occasion d'un traumatisme sur cervicarthrose. Il réalise souvent une tétraplégie incomplète avec L'atteinte variable des membres inférieurs et supérieurs. L'évolution est variable allant de la récupération au décès par tétraplégie et troubles respiratoires.

P 025 : ENCEPHALOPATHY OF GAYET WERNICKE, A COMPLICATION OF PREGNANCY VOMITING: ABOUT A CASE.

Auteurs : Y. Bouidir, N. Tajelljiti, M. Makoudi, F. Moussaid, M. Kaouri, GA. Eladib

Service : Obstetric intensive care unit of the maternity, Mohammed VI University Hospital, Marrakech, Morocco

Introduction : Uncontrollable gravidarine vomiting "hyperemesis gravidarum". They represent the leading cause of hospitalization in the first trimester of pregnancy. The critical encephalopathy of Gayet Wernicke is essentially due to a nutritional intake low in vitamins. It is precisely linked to a prolonged vitamin B1 deficiency (thiamine). The clinical expression of these encephalopathies reflects the diffuse nature of cerebral pain and its rapidly progressive development.

Cas clinique : We report the case of a young primiparous parturient, aged 24 years without significant pathological ATCD, collected in the service of obstetric resuscitation. She was admitted for pregnancy vomiting. The clinical examination finds the triad made of mental confusion, oculomotor disorders and ataxia. Gayet Wernicke's encephalitis diagnosis was retained before the clinical triad, a normal brain MRI and a lowered Vit B1 dosage. The evolution was favorable under test substitution treatment with Vitamin B 1. The patient completed her pregnancy giving birth to a healthy male child vaginally.

Conclusion : On the occasion of this observation and a review of the literature we will recall the clinical expression of Gayet Wernicke's encephalitis, the diagnostic procedure as well as the therapeutic behavior and the evolutionary mode of this disease.

P 026 : PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU SYNDROME POST- PONCTION LOMBAIRE PAR LE BLOOD PATCH, A PROPOS D'UN CAS AUX URGENCES

Auteurs : Y. Gharbi*, M. Kilani, Y. Yahia, R. Boubaker, K. Zaouche, R. Baccouche, H. Maghraoui, K. Majed

Service : CHU La Rabta service des urgences

Introduction : La ponction lombaire est un geste invasif pouvant générer une douleur au cours mais aussi au décours de sa réalisation notamment lors du syndrome post ponction lombaire. Nous rapportons un cas traité aux urgences par la pratique d'un Blood patch.

Cas clinique : Madame J.H âgé de 27 ans, sans antécédents pathologiques, a consulté nos urgences pour céphalées holocranienne intenses d'installation brutale, EVA=9/10. A l'examen initial, la patiente ne présentait pas de détresse vitale. Sur le plan neurologique, SG=15, pas de syndrome méningé ni signes de localisation. Temp= 39,5°. Le reste de l'examen était normal. A la biologie: GB=13700/mm3, CRP=12mg/L. Bilan rénal et hépatique normaux. Pour l'enquête infectieuse, l'ECBU était négatif et à la radiographie du thorax,

absence de foyer de pneumopathie. L'enquête a été complétée par la pratique d'une ponction lombaire au vu des céphalées intenses avec fièvre objectivée; Celle-ci a ramené un liquide clair d'aspect eau de roche, normotendu. A l'analyse cyto- bactériologique du LCR : 2 éléments blancs, examen direct négatif. A la biochimie: protéinorachie = 0.3 g/l, rapport glucorachie/ glycémie veineuse > 0.5. La tomodynamométrie cérébrale faite avec injection de produit de contraste était sans anomalies. Le diagnostic de virose était retenu. Après deux jours, la patiente a reconsulté pour des céphalées devenues frontales, maximales en position assise et debout, et diminuant en position allongée, EVA=6/10. Ces céphalées posturales évocatrices d'un syndrome post- ponction lombaire n'étaient pas améliorées par la prise de caféine et d'antalgique palier 2. Un Blood patch a alors été réalisé.

L'évolution était spectaculaire avec soulagement instantané de la douleur.

Conclusion : Les céphalées dans le cadre du syndrome post ponction lombaire peuvent résister aux antalgiques usuels et à la caféine. La pratique d'un Blood-patch a montré une efficacité antalgique immédiate. Une formation des urgentistes à l'utilisation de cette technique semble nécessaire.

P 027 : DEFICIT HYPOPHYSIAIRE COMBINE MULTIPLE D'ORIGINE GENETIQUE CHEZ LE GRAND ENFANT: A PROPOS D'UN CAS

Auteurs : R.ammam, K.Bouchaala*,K.Chtara, C.ben hamida, M.Bahloul,M.Bouaziz

Service : CHU Habib Bourguiba service de réanimation médicale

Introduction : Les insuffisances antéhypophysaires d'origine génétique sont caractérisées par l'association de déficits hormonaux de plusieurs des lignées antéhypophysaires. Elles sont liées à des mutations de transcription impliqués dans l'ontogénèse hypophysaire. L'incidence des hypopituitarismes congénitaux est faible.

Cas clinique : Il s'agit d'un enfant de sexe masculin âgé de 8 ans sans antécédents pathologiques particuliers en dehors d'un syndrome polyuro-polydypsique non suivi. Il a été hospitalisé au service de pédiatrie pour une douleur abdominale avec diarrhée, vomissements. Un bilan biologique a été réalisé montrant une hypernatrémie à 197 mmol/L, une hypokaliémie à 1,5mmol/l, une cytolysse (ASAT = 1950, ALAT=860U/l) et une rhabdomyolyse(CPK = 150000 U/l) et une insuffisance rénale(urée =20 mmol/l et créatinine =341mmol/l). L'évolution a été marquée par l'aggravation avec installation d'une faiblesse musculaire et une détresse respiratoire. Le patient a été transféré au service de réanimation. Il a été intubé et ventilé. Un diabète insipide s'est installé. Le patient a été mis sous minirin*. Un déficit hypophysaire combiné multiple (DHCM) a été confirmé par des dosages hormonaux montrant une insuffisance thyroïdienne, gonadotrope, lactotrope et corticotrope. Une IRM cérébrale a été réalisée montrant une extinction du posthypophyse confirmant un déficit en ADH sans autres anomalies(Pas d' adénome hypophysaire, de méningiome). Une origine auto- immune (hypophysite) a été éliminée. Le patient a été mis sous traitement substitutif avec une correction progressives des perturbations hormonales et biologiques. Le patient a été transféré au service de pédiatrie après sevrage de la ventilation mécanique.

Conclusion : Le DHCM d'origine génétique est une entité rare. Le diagnostic est suspecté devant l'apparition de déficits hypophysaires après la naissance ou de façon retardée après avoir éliminé d'autres causes, en particulier tumorales. Le pronostic est bon si le traitement substitutif est pris dès le diagnostic posé et adapté correctement.

P 028 : TOXOPLASMOSE NEUROMÉNINGÉE DANS SA FORME PSEUDO TUMORAL : À PROPOS D'UN CAS

Auteurs : N. Baccouch; A. Bouattour*; M. Yousfi; S. Bradaii; F. Zouari; H. Chelly; M. Bahloul; M. Bouaziz

Service : Service de réanimation polyvalente, CHU Habib Bourguiba, Sfax

Introduction : La toxoplasmose est l'une des affections parasitaires les plus fréquentes, due à la contamination par *Toxoplasma gondii*. La toxoplasmose cérébrale revêt de plus en plus d'intérêt ces dernières années vues l'augmentation des cas d'infection par le VIH. Elle est la plus fréquente des infections opportunistes du système nerveux central au cours du Sida.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une jeune ivoirienne résidente en Tunisie qui a été admise dans notre service pour réanimation post opératoire d'exérèse d'une tumeur cérébrale. L'HDM remonte au jour de son admission quand la patiente s'était trouvée inconsciente chez elle par ses amies Elle était amenée aux urgences où l'examen a objectivé une patiente inconsciente SG 8/15 une anisochorie droite, la patiente était intubée ventilée et elle a bénéficié d'un e TDM cérébrale : Processus expansif intracrânien responsable d'un engagement sous falcoriel et temporal interne droit. La patiente était opérée en urgence au bloc de neurochirurgie avec en peropératoire ils avaient trouvé une masse d'aspect jaune grisâtre de consistance ferme dont la nature histologique était douteuse (adressé pour examen anatomopathologique) L'examen de la patiente dans notre service patiente intubé ventilé sédaté pupille en myosis bilatéral, légère réaction en flexion du côté droite. Elle était maintenue sédatée, mise sous mannitol Unidex. Devant l'aspect radiologique, histologique douteux et l'origine géographique de la patiente on a complété par : - Une sérologie HIV : positive avec un taux de CD4+ à 100, -Une sérologie toxoplasmose positive, et l'examen anatomopathologique est revenu positive en faveur de toxoplasmose La patiente était mise sous Malocide, Adiazine et acide folique L'évolution était marquée par l'amélioration progressive de l'état neurologique patiente était extubée et transférée au service de neurochirurgie consciente mais gardant une hémiparésie gauche.

Conclusion : La toxoplasmose cérébrale est une infection grave même bien traitée elle est responsable de séquelles cognitives considérables.

P 029 : DIFFUSION OF AMIKACIN IN THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM (CNS) FOLLOWING NEUROSURGICAL EVACUATION OF A SPONTANEOUS BRAIN HEMATOMA IN AN ADULT PATIENT

Auteurs : A.Meftah ^{1*}, S.Bel Hadj Youssef¹, R.Ayedi², D.Amor ², A.Bousslama², H.Hmouda¹

Service : ¹:Medical Intensive Care Unit, Sahloul University Hospital. Faculty of Medicine of Sousse, Tunisia
²:Biochemistry Department, Sahloul University Hospital. Sousse, Tunisia

Introduction : Amikacin, has a poor distribution in the meninges of Adult patients. However, its diffusion is not known in patients with accidental or induced rupture of the blood-brain barrier. We describe a neurosurgical patient where Amikacin was detected in the CSF.

Cas clinique : A 73 year-old female patient with a history of high blood pressure and diabetes was admitted in ICU for persistent coma following evacuation of a spontaneous intracerebral hematoma secondary to a hypertensive crisis. She required an external ventricular drain (EVD) for intracranial pressure (ICP) control. Clinical examination on admission revealed a deeply comatose patient with a GCS score of 4 (E1V1M2) and left dilated pupil. She was mechanically ventilated. During ICU stay, she developed ventilated acquired pneumonia due to *Acinetobacter Baumannii*, and septic shock requiring continuous infusion of norepinephrine. The patient was started on ciprofloxacin (400 mg twice daily) and Amikacin (12mg/kg per day) according to the sensitivity of the microorganism. Since the patient had an EVD, it was pertinent to determine Amikacin concentration in the CSF and, its simultaneous comparison with serum levels. (Figure 1) The patient showed clinical improvement. CSF cultures remained negative despite the fact that the EVD was maintained for 40 days. It was interesting to note that leucocyte count in the CSF decreased from 200 to less than 1 per mm³.

Conclusion : Amikacin can diffuse and even accumulates in the CSF in case of rupture of the blood brain barrier. Therefore, we recommend concomitant determination of CSF and serum levels of aminoglycosides in neurosurgical patients whenever an external ventricular drain is available.

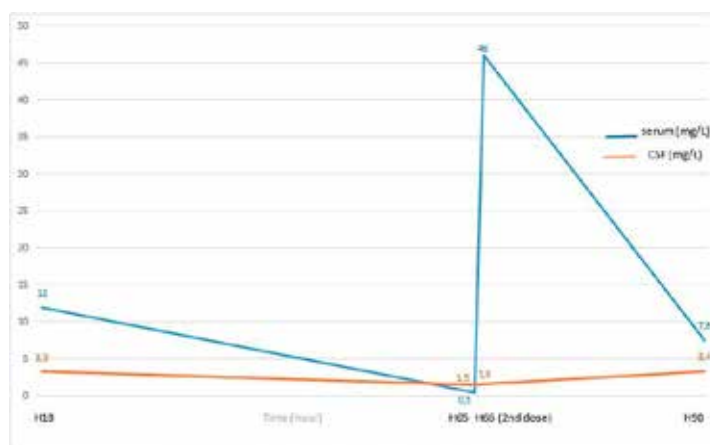


Figure 1. Concomitant CSF and serum levels of Amikacin

P 030 : ASSOCIATION DE MALADIE DE BEHÇET ET SYNDROME DE GUILLAN BARRÉ : À PROPOS D'UN CAS

Auteurs : N. Baccouch ; F. Zouari* ; M. Yousfi ; R.Ammar ; S. Bradaii ; C. Ben hamida ; M. Bahloul ; M. Bouaziz

Service : Service de réanimation polyvalente ,CHU Habib Bourguiba ,Sfax

Introduction : La maladie de Behçet est une vascularite inflammatoire multi systémique chronique, évoluant par poussées, caractérisée par la gravité des manifestations, vasculaires, et neurologiques. L'atteinte neurologique du système nerveux central peut se manifester par des crises d'épilepsie, des paralysies ainsi qu'une faiblesse musculaire. Cependant il ne faut pas toujours rattacher un trouble neurologique qui apparait chez un patient atteint de la maladie de Behçet à une poussée de sa maladie ou à un neurobehçet.

Cas clinique : Il s'agit du patient A.A âgé de 33 ans aux antécédents de maladie de Behçet depuis 10 ans sous colchicine, qui était hospitalisé au service de médecine interne pour suspicion de poussée de sa maladie devant l'installation de trouble de la marche avec parésie au deux membres inférieurs. Ceci a été précédé d'une bronchite traitée par Augmentin. Le patient était mis initialement sous corticothérapie. L'évolution était marquée par l'aggravation de la symptomatologie avec installation d'une lourdeur au niveau des membres supérieurs associé à des troubles de la déglutition. Une IRM cérébromédullaire : sans anomalie Un EMG : aspect en faveur d'une polyradiculonévrite aiguë Une PL : 2 EB avec une protéinorrhachie à 2,3g/l, culture négative Le diagnostic de syndrome de Guillan barré était retenu. Devant une dégradation de son état respiratoire le patient nous a été transféré dans notre service. A l'examen : patient conscient coopérant, quadriparésie prédominante au membre inférieur, abolition des réflexes ostéotendineux, Polypnéique à 25 cycle /min SpO₂ 90% à l'air ambiant, des fins crépitant aux 2 bases des champs pulmonaire, apyrétique, avec une CRP 8.5 mg/l, GDS: 7,41/33/87/20,9 :97% sous 6 l'd'o₂. Par ailleurs, le patient avait une difficulté de tousser et de déglutir. Le patient avait bénéficié de 5 séances de plasmaphérese suite aux quelles, on avait noté une amélioration de son état respiratoire, de la force musculaire ainsi qu'une régression des trouble de la déglutition.

Conclusion : Les manifestations neurologiques de la maladie de Behçet connaissent un grand polymorphisme. Mais un diagnostic différentiel doit toujours être éliminé devant toute installation déficit moteur ou sensitif chez un patient atteint de la maladie de Behçet.

P 031 : LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE POST-PONCTION LOMBAIRE

Auteurs : M¹ Ben Ali, M¹ Smayria, E¹ Mili, T¹. Tabbebi*, M² Aissi, F¹ Ben Salem, M² Frih, M¹ Gahbiche.

Service : ¹ Service d'Anesthésie-Réanimation EPS Fattouma Bourguiba Monastir ² Service de Neurologie EPS Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction : Le syndrome de post-ponction lombaire (SPPL) est un syndrome rare, secondaire à une brèche durale [1]. Le Blood-patch est effectué après échec des mesures classiques (décubitus, antalgiques et hyperhydratation).

Cas clinique : Nous rapportons deux cas de SPPL survenus au service de neurologie du CHU de Monastir. Nous étions sollicités pour Blood-patch. Observations n°1 : Patiente 37 ans admise pour des céphalées, non soulagées par les antalgiques. L'examen neurologique, le bilan biologique, le fond d'œil et le scanner cérébral étaient normaux. Une ponction lombaire (PL) thérapeutique était faite. L'évolution était marquée par l'aggravation des céphalées après la PL, devenant posturale. Le diagnostic de SPPL était retenu.

On lui a pratiqué un Blood patch (injection périurale de 20 ml de sang autologue). Une amélioration des symptômes était rapportée dès le lendemain. Observation n°2 : Patiente 38 ans suivie pour migraine, 3 rachianesthésies pour césarienne sans incidents. Son histoire datait de 3 mois, installation d'une paresthésie de l'hémicorps gauche. L'évolution 5 jours après la PL, était marquée par l'accentuation des céphalées, devenant posturales. Le SPPL était fortement évoqué et traité par Blood-patch. Discussion : Le syndrome d'hypotension intracrânienne (SHI) est parfois ignoré, de diagnostic retardé avec des conséquences délétères pour les patients [2].

Conclusion : Le Blood patch périural reste la pierre angulaire du traitement du SPPL. L'amélioration rapide et persistante de nos 2 patientes ne peut que confirmer ce concept. Une étude rétrospective à grand échantillon est souhaitable surtout en milieu obstétrical, là où on pratique quotidiennement les périurales pour accouchement.

P 032 : ATRIAL SEPTAL ANEURYSM (ASA) AND CRYPTOGENIC STROKE: A CASE REPORT

Auteurs : D. Ben Braiek*, K. Meddeb, A. Baccari, A. Triki, W. Zarrougui, E. Ennouri, A. Hadhri, T. Ben Ahmed, M. Boussarsar

Service : Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse.

Introduction : ASA is considered a potential cardiac source of embolism, but the causal relation with ischemic stroke is rarely reported and cannot be assumed with certainty. This case represents a cryptogenic stroke associated with ASA in patient without atherosclerotic risk factors.

Cas clinique : We report a case of a 53-year-old man with fever, sudden onset right upper limb monoplegia and aphasia then worsening of his neurologic state requiring mechanical ventilation. He has no medical past history and no risk factors for atherosclerosis. Cardiac physical examination and electrocardiogram (ECG) were normal; blood pressure was 130/80 mm Hg. Analysis of cerebral spinal fluid showed no abnormalities. Brain CT Scan was normal on admission but brain MRI performed a few days later revealed bilateral multi territorial ischemic stroke (in superior cerebellar arteries and Artery of Percheron territories). Laboratory findings were in normal limits. No cardiac abnormalities were noted in the transthoracic echocardiography (TTE). The patient had normal carotid arteries on Doppler ultrasound. A transoesophageal echocardiography (TOE) was performed revealed an ASA with a base width of 14 mm, with unidirectional excursion and without interatrial shunt or intra atrial thrombi. The causal relation between stroke and ASA was deemed very likely, so the treatment with acetylsalicylic acid (100 mg/day) and beta blocker drug (2.5mg/day) was started. After 49 days of ICU stay, the patient was discharged with a feeding nasogastric tube and home mechanical ventilation (HMV) due to difficulty of weaning and minimal residual neurological deficit. In a short-term follow-up (10 months), he had no recurrence of stroke, symptoms were gradually resolved with successful weaning from the HMV.

Conclusion : The ASA should be taken into account as an occult cardiac source of cerebral embolism in patients without risk factors for cerebrovascular disease, especially under 55 years old. EOT may be advisable in every patient with unexplained ischemic stroke.

P 033 : UNE PARALYSIE FLASQUE RÉVÉLANT UNE THROMBOSE DE L'AORTE ABDOMINALE : OBSERVATION D'UN CAS

Auteurs : N. Baccouch ; F. Zouari* ; S. Bradaii ; K. Chtara ; M. Yousfi ; C. Ben hamida ; M. Bahloul ; M. Bouaziz

Service : Service de réanimation polyvalente ,CHU Habib Bourguiba ,Sfax

Introduction : Les thromboses aortiques sont caractérisées par une symptomatologie clinique est très variable en fonction de leur localisation et son étendue. Un tableau de paralysie de membre inférieur n'est pas toujours lié à une atteinte nerveuse, une origine vasculaire doit être recherchée.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient Z A âgé de 81 ans hypertendu, transféré de l'hôpital régional de Gabes au service de neurologie de CHU Habib Bourguiba de Sfax pour suspicion de syndrome de Guillain Barré. Son histoire de maladie remonte à une semaine avant son admission marquée par l'installation de trouble de la marche avec faiblesse musculaire. Les parents ont consulté un neurologue qui a objectivé une paralysie flasque avec abolition des réflexes ostéotendineux. Un complément par un EMG : atteinte neurogène motrice pur de mécanisme axonal des deux membres inférieurs prédominant en proximal. D'où son transfert au service de neurologie pour suspicion de syndrome de Guillain Barré. Au cours de son hospitalisation, le patient a développé une détresse respiratoire avec signes de lutte et désaturation d'où son transfert dans notre service. L'examen, on avait noté : Un patient conscient, polypneux, spo2 80% à l'air ambiant, des râles crépitant à gauche. Une paraplégie avec froideur des membres inférieurs, et abolition des réflexes ostéotendineux et des pouls. Radio thorax au lit : foyer basal gauche Le patient mis sous Claforon + Tavanic et oxygénothérapie Le patient s'est dégradé sur le plan respiratoire nécessitant le recours à la ventilation mécanique et sa mise sous NAD. Un Ongioscanner aortique a objectivé une thrombose de l'aorte abdominale en sus et sous rénal. L'équipe de chirurgie cardiovasculaire était sollicitée mais le patient était décédé.

Conclusion : La thrombose de l'aorte abdominale est une pathologie grave dont le pronostic est corrélé à la rapidité de prise en charge. D'où l'intérêt de connaître la possibilité de formes trompeuses où les signes neurologiques sont au premier plan, allant des paresthésies à la paraplégie franche, pouvant faire orienter le diagnostic vers une pathologie neurologique.

P 034 : MYASTHÉNIE GRAVE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Auteurs : R. ELhadrami, Z. Abjaw, H.ribahi Mgh.el Adib

Service : Service de réanimation maternité CHU med VI marrakech

Introduction : La myasthénie grave (MG) est une maladie auto-immune de la jonction neuromusculaire touchant préférentiellement les femmes jeunes,

Cas clinique : nous rapportant un cas clinique d'une parturiente de 21 ans, primipare, diagnostiquée myasthenique depuis 6 ans, thymectomisée, sous corticothérapie, azathioprine et mytelase, qui se présente pour une grossesse de 36 SA + 3 sans signes de faiblesse musculaire. l'accouchement s'est déroulé par voie basse sous péridurale analgésique donnant naissance à un nouveau-né de 2kg800, de sexe masculin, Apgar a 4/4 04/10, léthargique atteint de myasthénie congénitale décédé après 10 h de vie. Les suites de couches étaient simples A j 4 du postpartum la parturiente a présenté une crise myasthénique grave A l'exploration paraclinique le bilan biologique a montré un léger syndrome inflammatoire l'approche thérapeutique a consisté en une mise en condition de la malade, corticostéroïde, prostigmine, imurel, mytelase, ainsi qu'une cure de 5 jours d'immunoglobuline L'évolution fut favorable au bout du 3^{ème} jour et la patiente fut transférée au service de neurologie le 6^{ème} jour et sortie à domicile au bout du 10^{ème} jour

Conclusion : pathologie tres grave qui touche a la fois le pronostic vitale maternelle et foetale

P 035 : L'HYDATIDOSE CEREBRALE : A PROPOS DE 04 CAS

Auteurs : M. El Kaouri, Z. Ghoummid. Y. Boudir

Service : CHU MOHAMMED VI, Service d'anesthésie-réanimation

Introduction : La maladie hydatique est une affection parasitaire secondaire à l'infestation de l'organisme par Echinococcus granulosus. elle touche avec prédilection le foie et le poumon. La localisation cérébrale est rare.

Objectif : Préciser l'épidémiologie, les caractéristiques cliniques, pronostic

Méthode : Nous rapportons une série de 4 cas de kyste hydatique encéphalique opérés sur une période de 3 ans au bloc opératoire chu med 6. Les particularités cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques de cette pathologie ainsi que l'évolution des patients seront ont été analysées.

Résultat : L'âge moyen est de 4ans, le sex-ratio est de 3. Le délai moyen diagnostique était de 1 mois. La sémiologie clinique prédominante était un syndrome d'hypertension intracrânienne retrouvé chez 75% des patients, et un déficit moteur chez 25% des malades. La sérologie hydatique demandée chez trois patients été positive dans un seul cas. Le scanner cérébral montrait l'aspect radiologique pathognomonique d'un kyste hydatique. Tous les kystes étaient hémisphériques. La localisation fronto-pariétal était la plus touchée. La taille moyenne des kystes était de 55mm. Un bilan d'extension n'a pas trouvé une autre localisation chez les 4patients. Tous les malades ont été opérés selon la technique d'ARANA INIGUEZ (Hydropulsion). Les suites postopératoires étaient simples, cependant quelques complications ont été noté, une épilepsie post opératoire chez 1 patient, Un malade a présenté une méningite postopératoire : devant l'apparition d'une fièvre persistante trois jours après l'intervention, un bilan infectieux a été demandé et a objectivé une méningite à méningocoque. L'évolution était favorable sous antibiothérapie adaptée.

Conclusion : L'hydatidose cérébrale est rare et touche souvent une population jeune. L'évolution est souvent lente. Le pronostic est souvent bon après traitement chirurgical. La prise en charge anesthésique ne présente pas de particularités par rapport à la chirurgie tumorale intra crânienne.

P 036 : HYDROCÉPHALIE AIGUE OBSTRUCTIVE: URGENCE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE.

Auteurs : M.Khaskhoussi, S.Othmani, M.Bchir, A.Zoubli, R.Kaddour, M.Ellouz, A.Maaref, R.Hamed

Service : Service des urgences de l'hôpital Charles Nicolle

Introduction : L'hydrocéphalie aigue obstructive est une pathologie rarement rencontrée aux urgences. La présentation clinique est non spécifique et évoque tant de diagnostics différentiels. Chose qui ne doit pas retarder l'indication urgente d'une dérivation ventriculaire.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 16 ans suivi depuis le jeune âge pour diabète insipide d'origine central bien équilibré sous traitement substitutif qui consulte les urgences pour vomissements évoluant depuis une semaine matinaux d'aggravation progressive avec céphalées et somnolence. Il a consulté en ville où il a été mis sous antiémétiques sans amélioration. L'examen trouve une polypnée superficielle à 26 cycles/min, auscultation pulmonaire libre, SpO2 98 % l'air ambiant, PA à 103/70mmHg, le pouls à 110bpm, GCS à 14/15 (M6, E3, V5) pupilles intermédiaires réflexives, pas de signes de localisations, nuque souple, apyrétique, pas de signe de déshydratation extracellulaire ou intracellulaire et un globe vésical. A la biologie gazométrie correcte, fonction rénale, hépatique correctes, une hypokaliémie à 2,6mmol/l et pas de syndrome inflammatoire biologique. L'origine métabolique, infectieuse, traumatique étaient peu probables. Un bilan toxicologique a été prélevé. Devant les antécédents, les vomissements matinaux, les céphalées et la

fluctuation de l'état neurologique évoquant une HTIC on a complété par un scanner cérébral qui a montré un processus intracrânien axial et extra-axial avec hydrocéphalie aigue active. Le malade a été adressé en neurochirurgie pour une dérivation urgente ventriculaire externe. L'évolution était bonne avec disparition des signes d'HTIC.

Conclusion : L'anamnèse et l'examen clinique sont une pierre angulaire de la prise en charge surtout dans un contexte d'urgence. Ainsi, les signes d'hypertension intracrânienne ont motivé l'exploration radiologique confirmant l'hydrocéphalie aigue obstructive et imposant la dérivation ventriculaire du LCR, seul traitement salvateur.

THEME : HÉMODYNAMIQUE

P 037 : FACTEURS PRÉDICTIFS D'ÉCHEC DE LA CPAP LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES ŒDÈMES AIGUS DU POU MON AUX URGENCES

Auteurs : E. Ennouri*, I.Chermi, H. Ghazali, R. Fadhel, M. Ngach, S. Chiboub, S. Souissi

Service : Service des urgences, Hôpital Régional de Ben Arous,

Introduction : L'œdème aigu pulmonaire (OAP) est une fréquente d'insuffisance respiratoire aigüe (IRA) aux urgences. Il nécessite une assistance respiratoire. La ventilation non-invasive (VNI) moyennant une pression positive continue (CPAP) représente le support ventilatoire le plus utilisé aux urgences lors de la prise en charge des OAP. Elle diminue le recours à la ventilation invasive et ses complications et la mortalité.

Objectif : Le but de notre étude était d'identifier les facteurs prédictifs d'échec de la CPAP lors de la prise en charge des OAP aux urgences.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective observationnelle sur six mois. Nous avons inclus les patients admis aux urgences pour un OAP nécessitant le recours à une CPAP. Les caractéristiques des patients et les modalités d'utilisation de la CPAP ont été recueillies. Nous avons comparé deux groupes : succès CPAP vs. échec CPAP. Le succès a été défini comme l'absence de recours à tout type de ventilation mécanique dans les 24 heures après l'arrêt de la CPAP. Une analyse multivariée a été réalisée afin d'identifier les facteurs prédictifs d'échec de la CPAP.

Résultat : Nous avons inclus 170 patients. L'âge moyen était de 68±12ans. Le sex-ratio était à 1,4. Les caractéristiques de la CPAP étaient (%): durée moyenne de la première séance 3±1heures, nombre moyen de séances 2±1, PEEP moyenne 7±1 cmH₂O. L'échec de la CPAP a été constaté chez 18% des patients. Dix-neuf patients ont été mis sous VS-AI-PEP après échec de la CPAP. Une intubation était nécessaire chez neuf patients. L'analyse multivariée a retrouvé 3 facteurs prédictifs d'échec de la CPAP lors de la prise en charge d'un OAP (OR ajusté ; p ; [IC 95%]) : une hyperlactatémie supérieure à 2 mmol/l (4,1 ; 0,004 ; [1,565-10,794], présence de signes de lutte (3,86 ; 0,007 ; [1,438-10,403] et la présence d'une pathologie infectieuse associée (2,4 ; 0,05 ; [1,184-6,086]).

Conclusion : La CPAP reste le support ventilatoire de référence pour la prise en charge des OAP aux urgences. L'identification des facteurs prédictifs d'échec de la CPAP permet de prédire une évolution péjorative. La formation des équipes médicales et paramédicales à l'utilisation de la CPAP est le seul garant de la réussite de cette technique.

P 038 : OAP CARDIOGÉNIQUE : EXPÉRIENCE DU SERVICE DES URGENCES-SMUR CHU MAAMOURI NABEUL.

Auteurs : A.B HASSINE, E. NAFETTI, M.BAYAR, E.RBIA, A.ELEUCHI, Y.AMMAR.

Service : Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie

Introduction : L'OAP cardiogénique est un œdème de mécanisme hydrostatique dans lequel l'augmentation des pressions microvasculaires pulmonaires (capillaires et veinules pulmonaires) est liée à l'insuffisance cardiaque gauche « congestive ».

Objectif : Le but de notre travail est d'analyser les aspects cliniques et thérapeutiques de l'OAP cardiogénique. Méthode : Etude rétrospective, descriptive et analytique portant sur 116 cas admis aux urgences.

Résultat : L'âge moyen de nos patients a été de 73 ans ± 9,5 avec prédominance féminine. Les antécédents étaient dominés par l'HTA dans 70,7 % des cas, une cardiopathie sous jacente dans 49,1%. Le motif de consultation était essentiellement une dyspnée dans 97,4% des cas. L'examen clinique a mis en évidence dès l'admission un état de choc dans 4,3 % des cas et un coma dans 5,2%. 88.8 % des cas ont été classé KILLIP II ou III. Tous les patients ont bénéficié d'une ETT. L'FEVG était diminuée dans 47,6% des cas. Les principales causes de décompensation étaient : pic hypertensif (29,3%), SCA ST- (21,7%), SCA ST + (10,3%), trouble du rythme (13%). Le recours à la VNI a été nécessaire dans 26,7 % et à la ventilation invasive dans 17,2 %. Les diurétiques et les dérivés nitrés ont été utilisés respectivement dans 99,1 % et 46,55% des cas.

Conclusion : L'OAP cardiogénique constitue une pathologie fréquente aux urgences, la prise en charge doit être bien adaptée et adéquate.

P 039 : L'ÉVALUATION HÉMODYNAMIQUE VISUELLE PAR ÉCHOCARDIOGRAPHIE RÉALISÉE PAR L'URGENTISTE AU LIT DU MALADE : INTÉRÊT DANS LE DIAGNOSTIC DE LA DISSECTION AIGUË DE L'AORTE THORACIQUE ?

Auteurs : Ben Lassoued M*, Kallel M*, Demni W*, Jebali A, Hamzaoui K*, Khaskhoussi M *, Hamami.R*, Arafa .M*, Zammiti A*, Ben Jrad G*, Guerbouj .I*, Mahfoudhi H**, Kouki S***, Lamine.K*

Service : *SAU, Hôpital Militaire de Tunis, Tunisie **Service de cardiologie, Hôpital Militaire de Tunisie ***Service de radiologie, Hôpital Militaire de Bizerte de Tunisie.

Introduction : Introduction: L'évaluation hémodynamique échographique est de plus en plus pratiquée par l'urgentiste au chevet du patient devant toute suspicion de dissection aiguë de l'aorte thoracique.

Objectif : : Evaluer l'intérêt de l'évaluation hémodynamique visuelle faite par l'échocardiographie transthoracique pratiquée par l'urgentiste devant toute suspicion de dissection aiguë de l'aorte thoracique.

Méthode : Matériel et méthodes : Etude prospective réalisée aux urgences, menée sur un an, incluant tous les patients ayant une suspicion clinique et radiologique de dissection aiguë de l'aorte thoracique. Cette évaluation était uniquement visuelle et a été pratiquée avant la réalisation de l'angioscanner thoracique. Les deux incidences qui ont été utilisées étaient la parasternale grand axe et la sus-sternale. Les segments de l'aorte thoracique qui ont été explorés étaient l'aorte ascendante, la crosse et l'aorte descendante. Les signes échographiques qui ont été recherchés visuellement : un anévrisme de l'aorte thoracique, présence d'un flap à l'intérieur de l'aorte, une insuffisance aortique, une hypertrophie ventriculaire gauche et un épanchement péricardique.

Résultat : Cent cinq patients ont été inclus, l'âge moyen était de 54 +/- 16 ans, sexe ratio 4H/ 3 F. L'évaluation a été réalisée chez tous nos patients dans un délai de 6 heures de leur admission. Le diagnostic d'un anévrisme de l'aorte thoracique ascendante a été retenu chez 21% des cas, celui de la crosse de l'aorte dans 27% des cas et de l'aorte descendante dans 25 % des cas. La dissection aiguë de l'aorte thoracique a été diagnostiquée dans 39 % des cas. L'anévrisme de l'aorte a été confirmé par un angioscanner thoracique chez 88% des cas. La dissection de l'aorte a été confirmée par un angioscanner thoracique chez 76% des cas

Conclusion : Cette évaluation échographique visuelle réalisée par l'urgentiste au lit du malade est d'un grand apport diagnostique devant toute suspicion clinico-radiologique de dissection aiguë de l'aorte thoracique. Elle permet de rechercher les signes directs d'anévrismes compliqués ou non, de redresser le diagnostic et donc d'orienter la prise en charge thérapeutique immédiate aux urgences.

P 040 : TACHYARYTHMIE À COMPLEXES LARGES: À PROPOS D'UN CAS

Auteurs : T. Kharraz*, Y. Yahia, N. Zaouak, K. Zaouche, H. Maghraoui, M. Modhaffer, K. Majed

Service : Service des Urgences, hôpital la Rabta, Tunis

Introduction : Les tachycardies à complexes QRS larges posent un problème de diagnostic étiologique et peuvent mettre en jeu le pronostic vital. La tachycardie ventriculaire est un exemple type et impose une attention particulière car elle nécessite une conduite thérapeutique spécifique.

Cas clinique : Il s'agit d'un homme de 61 ans aux antécédents de tabagisme, qui se plaint de palpitations intermittentes évoluant depuis 2 heures et qui rapporte la notion de lipothymies. A l'examen physique, il n'avait pas de détresse vitale. Néanmoins, l'ECG montrait une tachycardie irrégulière, sans ondes P, à complexes QRS larges et une fréquence cardiaque (FC) à 220 bpm (Figure 1). Le diagnostic de tachycardie ventriculaire (TV) a initialement été évoqué bien que les signes électriques (irrégularité du rythme, QRS variables) ainsi que l'absence de cardiopathie préexistante n'étaient pas en faveur. Devant ce trouble du rythme bien toléré sur le plan hémodynamique, nous avons administré de l'amiodarone par voie intraveineuse. La tachycardie a persisté et l'évolution s'est compliquée par la survenue d'un état de choc : PA = 70/30 mmHg, pouls filant et extrémités froides. Le patient a donc bénéficié d'un choc électrique externe (CEE) synchrone à 200 Joules. La réévaluation en post-CEE a relevé: PA=110/80 mmHg, extrémités chaudes, pouls bien perçu, FC=74 bpm, et ECG montrant un rythme régulier sinusal à 70 bpm avec un aspect de PR court et une onde delta de pré-excitation évocateurs d'un syndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) (Figure 2). Le patient a été transféré au service de cardiologie pour ablation par radiofréquence.

Conclusion : Devant une tachyarythmie irrégulière à complexes larges, le diagnostic de fibrillation auriculaire sur syndrome de WPW est un des diagnostics à évoquer. La réduction de ce trouble du rythme s'impose en urgence au vu du risque de mort subite.

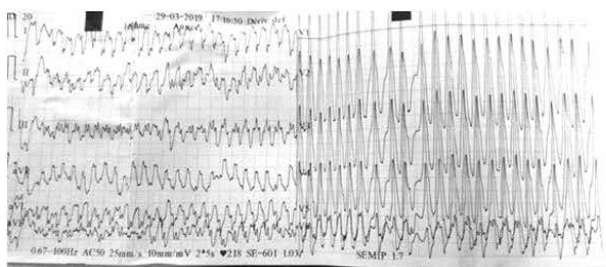


Figure 1 : ECG initial du patient

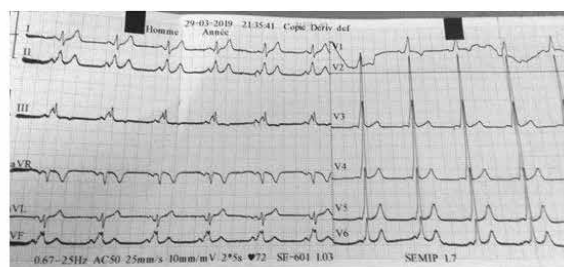


Figure 2 : ECG post-CEE

P 041 : HYPOKALIEMIE CHEZ LES PATIENTS EN FA RAPIDE : UN FACTEUR EXTRACARDIAQUE IMPORTANT D'ACCELERATION DE LA CADENCE VENTRICULAIRE

Auteurs : ZAOUCHE K, JEMAI M, YAHYA Y, HAMDENI M, KILANI M, GHARBI Y, BOUBAKER R, BACCOUCHE R, MEHRI S, MAGHRAOUI H, MAJED K

Service : SERVICE DES URGENCES . CHU LA RABTA

Introduction : INTRODUCTION : L'hypokaliémie est un des facteurs extracardiaques pouvant être à l'origine de l'accélération de la cadence ventriculaire chez les patients en Fibrillation Atriale (FA) rapide dont la reconnaissance et la supplémentation peuvent permettre de ralentir la FA.

Objectif : L'objectif de notre étude était de décrire la prévalence de l'hypokaliémie chez les patients en FA rapide et d'analyser leur profil clinique.

Méthode : METHODES : Nous avons mené une étude prospective sur une période de 6 mois au service des urgences du CHU La Rabta. Nous avons inclus tout patient âgé de plus de 18 ans qui a consulté dans un tableau de FA rapide avec une cadence ventriculaire supérieure à 120 batt/min et chez qui une kaliémie mesurée ou corrigée inférieure à 3,5 a été retrouvée au bilan biologique prélevé dès son arriv

Résultat : Résultats : Durant la période d'étude, 300 patients ont été colligés. Une hypokaliémie mesurée ou corrigée inférieure à 3,5mmol/l a été retrouvée chez 31 d'entre eux (10,3%). La médiane d'âge était de 77 et 64,5% (20) d'entre eux étaient des femmes. 14 patients étaient sous furosémide (45,2%), deux patients étaient sous IPP (6,5%) et deux autres sous bronchodilatateurs à long cours. A la biologie, 6 patients avaient une kaliémie \leq 3mmol/l et 25 avaient une kaliémie entre 3,1 mmol/l et 3,5 mmol/l. L'analyse clinique a conclu à une hypokaliémie isolée comme le seul facteur d'accélération de la FA chez 4 patients chez qui le taux de potassium moyen était de 3 ± 0.2 mmol/. Elle était associée à d'autres facteurs chez le reste des malades. Un ralentissement de la cadence ventriculaire a été obtenu chez 30 patients moyennement une supplémentation potassique et le traitement de l'autre cause d'accélération. Le 31^{ème} patient est décédé dans un tableau d'état de choc septique suite à un infarctus mésentérique

Conclusion : la prévalence de l'hypokaliémie chez les patients en FA rapide était importante. La supplémentation potassique seule ou associée à un autre traitement a permis de ralentir la cadence ventriculaire des patients

P 042 : DIFFERENCES SELON LE GENRE ET L'AGE DANS LA FIBRILLATION ATRIALE : MYTHE OU REALITE ?

Auteurs : Hamdeni M, Zaouche K, Jemai M, Kilani M, Baccouche R, Boubaker R, Nehdi N , Yahya.Y, Modhaffer M Maghraoui H Majed K

Service : Service des urgences. Chu la Rabta .

Introduction : La fibrillation auriculaire (FA) est l'arythmie la plus fréquemment rencontrée aux urgences. Son incidence, sa symptomatologie et son pronostic ont été signalés comme dépendants de l'âge mais aussi du genre des patients

Objectif : L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients ayant consulté les urgences chez qui une fibrillation atriale a été retrouvée.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective descriptive au service des urgences du CHU la Rabta de Tunis durant une période de quatre mois. Nous avons inclus tout patient de plus de 18 ans chez qui une FA atriale a été mise en évidence sur un ECG 12 dériviations. Le diagnostic de FA a été porté sur un tracé de 15 secondes montrant une irrégularité des QRS sans ondes p distinctes.

Résultat : Durant la période d'étude, nous avons inclus 182 patients dont 76% appartenaient à la classe de la population âgée de plus de 65 ans . Dans le groupe des patients jeunes, 53,1% étaient des hommes dont 44% étaient connus comme ayant une FA et 46,9% des femmes dont 85% d'entre elles étaient connues comme ayant une FA. La fréquence cardiaque moyenne était de 124 ± 36 batt/min chez les hommes et de 124 ± 39 batt/min chez les femmes. A la présentation initiale nous n'avons pas retrouvé de différence en fonction du genre. Par contre, il y avait significativement plus d'insuffisance rénale chez les hommes ($p=0,006$) Dans le groupe des patients âgés, 40,4% étaient des hommes dont 56,6% était connus comme porteurs de FA et 59,6 % étaient des femmes dont 73% avaient comme antécédent la fibrillation atriale. La fréquence cardiaque moyenne était de 119 ± 2 batt/min chez les hommes et de 110 ± 30 batt/min chez les femmes Nous n'avons pas retrouvé non plus de différence quant à la symptomatologie ayant amené les patients à consulter ni dans leur présentation initiale. L'anémie été retrouvé significativement plus chez les hommes ($p=0,028$) et le taux moyen de CRP était significativement plus élevé chez les hommes aussi ($p=0,06$).

Conclusion : L'apparition de la fibrillation atriale semble plus tardive chez les hommes. Elle est plus associée à l'insuffisance rénale chez les hommes et à l'anémie et un SIRS probable comme en témoigne l'élévation significative de la CRP chez les hommes âgés.

P 043 : BPCO CHEZ LES PATIENTS EN FA RAPIDE AUX URGENCES : UNE CO-MORBIDITÉ FRÉQUENTE

Auteurs : JEMAI M*, ZAOUCHE K, HAMDENI M, KILANI M, DHAOUDI R, YAHYA Y, BOUBAKER R, BACCOUCHE R, BEN HAMIDA A, MAGHRAOUI H, MAJED K

Service : Service des urgences de la Rabta. Faculté de médecine de Tunis.

Introduction : la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une des comorbidités décrites comme associées à la FA rapide. Sa prévalence a été cependant peu étudiée. De même le management de la FA rapide chez ce groupe de patient est peu décrit.

Objectif : L'objectif de notre travail était d'étudier le profil clinique et évolutif des BPCO chez les patients en FA rapide aux urgences.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective descriptive sur une période de 6 mois au service des urgences du CHU La Rabta. Nous avons inclus tout patient ayant comme antécédent BPCO, âgé de plus de 18 ans qui a consulté dans un tableau de FA rapide avec une cadence ventriculaire supérieure à 120 batt/min.

Résultat : Durant la période d'étude, 317 patients ont été colligés. 40 patients avaient comme des antécédents de BPCO (12,16 %). La moyenne d'âge était 73 ± 12 ans dont 17 étaient des femmes. 27 patients avaient des antécédent connus de FA. Neuf patients étaient sous bêtabloquant comme molécule anti arythmique. la FC moyenne à l'admission était 145 ± 14 batt/min. 22 patients se sont présentés en exacerbation, 5 en décompensation, 9 en poussée d'IVG et 3 en arrêt du traitement. Lors de la prise en charge, la fréquence cardiaque de 20 patients s'est ralentie à H1 après avoir reçu des nébulisations de bricanyl associées à du magnésium. Le reste s'est ralenti après un recours à la cordarone en plus des bronchodilatateurs. Cinq patients ont nécessité le recours à la VNI. Un seul patient est décédé dans les suites d'un ACR hypoxique.

Conclusion : la BPCO était une comorbidité fréquemment associée à la FA rapide au cours de notre étude. L'instauration d'un traitement bronchodilatateur adjuvant a permis le ralentissement de la cadence ventriculaire.

P 044 : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CORONAROGRAPHIQUE DES PATIENTS HOSPITALISES POUR SYNDROMES CORONARIENS AIGUS SANS SUS DECALAGE DU SEGMENT ST

Auteurs : H.Gnena*, E.Allouche; A.Rkik; A.Ben Salem; L.Bazdeh Service : hopital Charles Nicole service de cardiologie Resumé :

Introduction : Les syndromes coronariens aigus sans sus décalage du segment ST(NSTEMI) sont un motif d'hospitalisation fréquent. Il s'agit de l'expression clinique d'une ischémie myocardique aiguë secondaire à une occlusion coronaire partielle. Le profil épidémiologique reste mal étudié sous nos cieux.

Objectif : L'objectif de notre travail est de décrire le profil épidémiologique et les caractéristiques cliniques et coronarographiques des patients hospitalisés pour des NSTEMI.

Méthode : Une étude descriptive rétrospective sur 9 mois (Avril 2018 – Décembre 2018) a été menée au service de cardiologie de l'hôpital Charles Nicole de Tunis incluant les patients hospitalisés pour un NSTEMI. Nous n'avons pas inclus les patients ayant des pathologies pouvant expliquer l'élévation des troponines autre qu'un syndrome coronarien.

Résultat : Nous avons inclu 109 patients. L'âge moyen était de 61±10 ans avec une prédominance masculine (52,9%). Les facteurs de risque cardio-vasculaire étaient dominés par le tabagisme (62%) suivi par l'HTA(50,9%), le diabète (38,9%), la dyslipidémie (31,8%) et la coronaropathie familiale (8,5%). Les douleurs étaient typiques dans 94% des cas. Les troubles de repolarisation à l'ECG étaient absents chez 15,9% des patients. La totalité de nos patients ont reçu l'héparine, l'aspirine et le clopidogrel à l'admission. La coronarographie a révélé une atteinte tritronculaire dans 23,9% des cas, une lésion significative de l'IVA et du TCG dans 55% et 11,9% des cas respectivement. 47,7% des patients ont bénéficié d'une angioplastie dont 18,3% a été faite au décours de la coro diagnostique. Le pontage aorto coronarien a été indiqué chez 17,4% des patients. En intra-hospitalier, des complications sont survenues dans 9.2% des cas. La mortalité intra-hospitalière était nulle.

Conclusion : Le syndrome coronarien est une complication grave de l'athérosclérose. La prise en charge repose sur la stratification du risque et le suivi des recommandations des sociétés savantes. La prévention primaire est primordiale et repose sur la lutte contre les facteurs risque classiques et reste le meilleur moyen afin de retarder, voire éviter, la pathologie coronaire.

P 045 : EVOLUTION DE L' HYPERTENSION PULMONAIRE APRES UN SEJOUR EN REANIMATION : A PROPOS DE 13 CAS

Auteurs : J. Mahmoud*, R. Ben Debebbis, N.Mahmoud, D. Ben Braiek, M.boujelbene, A.Romdhane, H.Hmouda.

Service : Service de Réanimation Médicale, CHU sahloul, Sousse.

Introduction : L'hypertension artérielle pulmonaire est une maladie chronique affectant les artères pulmonaires de petit calibre, caractérisée par une élévation progressive des résistances vasculaires pulmonaires. Ses étiologies sont variées. C'est une complication fréquente des pathologies respiratoires chroniques, en particulier, la BPCO.

Objectif : Etude et suivi de l'évolution de l'HTAP dans une série de patients hospitalisés en réanimation médicale.

Méthode : Etude rétrospective concernant 13 cas consécutifs hospitalisés pour insuffisance respiratoire aiguë au service de réanimation médicale du CHU Sahloul entre Janvier 2018 et avril 2019, et ayant tous eu, au moins, deux échocardiographies au cours de leur séjour en réanimation.

Résultat : La moyenne d'âge était de 70 ± 8,51 ans avec un sex-ratio de 2 en faveur des hommes. Les comorbidités étaient dominées par la bronchopneumopathie obstructive 76,9%, l'hypertension artérielle 61,15% et le diabète 30%. le tabagisme était présent chez 66,6% des patients. Les signes respiratoires étaient dominés par la toux suivie de la dyspnée dans 92,3% des cas . La turgescence spontanée des veines jugulaires, le reflux hépatojugulaire, et les œdèmes des membres inférieurs étaient présents chez 09 patients. La radiographie montrait des opacités réticulaires diffuses dans 30% des cas. L'ECG objectivait une hypertrophie auriculaire droite chez 50% des patients, des troubles de la repolarisation chez 20% et un ECG normal chez 30 % des patients. La PAP moyenne à l'échographie initiale était de 52,55 ± 19,35 mmhg [15 ; 75]. L'échographie de contrôle a objectivé une PAP moyenne de 42,67±8,78 mmhg [35 ; 58] avec P=0,4 (test de wilcoxon sur échantillon apparié). les valeurs de troponine étaient en moyenne de 70±77,08. La durée moyenne d'hospitalisation était 19,3±12 jours. Huit patients étaient ventilés mécaniquement pendant une durée moyenne de 7,85±3,87 jours, deux ont nécessité une trachéotomie, 5 avaient reçu une ventilation non invasive (9±6,75 séances) avec une durée moyenne de 2 heures/séance. Plus de la moitié des patients étaient sous corticoïdes. Un traitement diurétique, vasodilatateur veineux et une anticoagulation étaient administrés respectivement chez 3 (23,07) %,2(15%) et 8(61%) patients. Trois patients étaient sortis avec oxygénothérapie longue durée (OLD). Un seul patient est décédé (8,3%).

Conclusion : L'HTAP est une complication fréquente des affections respiratoires. Elle a une signification pronostique péjorative. L'amélioration clinique après un séjour en réanimation n'a pas été accompagnée d'une baisse significative de la PAP.

P 046 : PROFIL ÉPIDÉMIO-CLINIQUE DES MALADES ADMIS EN RÉANIMATION POUR PRISE EN CHARGE POST ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE

Auteurs : Kallel M, Jemai M, Jamoussi A, Ayed S, Lakhdher D, Ben Khelil J et Besbes M

Service : Service de réanimation médicale, Hôpital Abderrahmen Mami de pneumologie, Ariana, Tunisie

Introduction : Le taux d'incidence brut des arrêts cardio-respiratoires (ACR) extrahospitaliers s'élève à 55 pour 100 000 chaque année. Le taux de survie à 1 an en préhospitalier est inférieur à 3%. En Tunisie, on ne dispose pas de chiffres exacts.

Objectif : L'objectif de notre étude était d'évaluer les caractéristiques épidémiocliniques des malades admis en réanimation post ACR. **Méthode :** Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur une période de 1 an, du premier Octobre 2018 Jusqu'au 30 Septembre 2019. Nous avons inclus tous les patients admis au service de réanimation médicale à l'hôpital Abderrahmen Mami à l'Ariana pour complément de prise en charge post arrêt- cardio-respiratoire. Nous avons dressé le profil épidémioclinique de ces malades, en spécifiant les circonstances et les conditions dans lesquelles l'ACR est survenu.

Résultat : Nous avons colligé 31 patients. L'âge moyen était de 57 ± 17 ans avec un sex-ratio à 4,16. Les comorbidités relevées étaient l'insuffisance respiratoire chronique dans 36% des cas, la BPCO dans 25% des cas, l'HTA dans 31% des cas, le diabète dans 27% des cas. L'insuffisance rénale chronique pour 20% des patients et l'insuffisance coronaire dans 14% des cas dont 2 malades étaient déjà stentés. Concernant les circonstances de l'ACR, nous avons noté la présence de témoins dans 75% des cas. Le no-flow était connu chez 82% des malades, avec une durée moyenne de $2,7 \pm 5,9$ mn [0-20]. Le low-flow était connu pour 90% des victimes avec une durée moyenne de $10,5 \pm 6,8$ mn [1-25]. La dose d'adrénaline administrée était en moyenne de $2,8 \pm 1,3$ mg. Le lieu de l'ACR était : un service des urgences (n=18), un service médical (n=12) et au cours d'un transport médicalisé pour un seul patient. Pour le type de transport, l'équipe de SMUR a assuré le transport de 5 patients. Quatre malades ont été transférés par ambulance médicalisée, huit malades ont été ramenés par ambulance non médicalisée et quatorze victimes ont été transportées par leur propre moyen. La cause de l'ACR était respiratoire (n=17) par asthme aigu grave, œdème aigu des poumons, une embolie pulmonaire et inhalation d'un corps étranger. L'ACR était d'origine cardiaque chez 7 malades et d'origine inconnue pour 7 malades. Le taux global de survie était de 29% (7/31) avec décharge à domicile (n=5) et transfert en cardio (n=2).

Conclusion : L'ACR récupéré en réanimation a une lourde mortalité. De nombreuses comorbidités ont été retrouvées chez les victimes. Plusieurs points restent à améliorer, notamment le transport pré-hospitalier. La création de registres nationaux permettrait la collection et l'analyse des caractéristiques de l'ACR.

P 047 : LA DECOMPENSATION CARDIAQUE GAUCHE CHEZ LES PATIENTS EN FA RAPIDE : UN FACTEUR EXTRACARDIAQUE IMPORTANT D'ACCELERATION DE LA CADENCE VENTRICULAIRE

Auteurs : JEMAI M, ZAOUKHE K, HAMDENI M, BOUBAKER R, WAHABI A, YAHYA Y, BACCOUCHE R, MODHAFFER M, MAGHRAOUI H, MAJED K

Service : Service des urgences de la Rabta. Faculté de médecine de Tunis.

Introduction : Il existe une relation étroite et intriquée entre l'insuffisance cardiaque (IC) et la fibrillation atriale (FA) : La première semblerait accélérer la cadence ventriculaire de la deuxième qui entretiendrait à son tour la décompensation cardiaque. Les caractéristiques des patients en FA rapide et en décompensation cardiaque aiguë (ICA) a été peu étudiée

Objectif : L'objectif de notre étude était de décrire la prévalence de la décompensation cardiaque gauche chez les patients en FA rapide aux urgences et d'analyser leur profil clinique et évolutif.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective et descriptive sur une période de 6 mois au service des urgences du CHU La Rabta. Nous avons inclus tout patient âgé de plus de 18 ans qui a consulté dans un tableau de FA rapide avec une cadence ventriculaire supérieure à 120 batt/min et chez qui le diagnostic d'une poussée d'IVG a été retenu.

Résultat : Durant la période d'étude, 317 patients en FA rapide ont été colligés. Parmi eux, 123 étaient en décompensation cardiaque gauche (38,80%), dont la moyenne d'âge était 71 ± 12 ans. 56,9 % étaient des femmes. 83 patients (67,5%) avaient des antécédents FA et 72 d'entre eux (58,5%) étaient insuffisants cardiaques connus. La FC moyenne était 144 ± 15 batt/min. Quatre patients se sont présentés dans un tableau d'urgence hypertensive et un était en état de choc cardiogénique, nécessitant le recours à la dobutamine.

L'analyse clinique a conclu que l'insuffisance cardiaque gauche était le seul facteur d'accélération de la FA chez 72 patients (58, 53%), et était associée à d'autres facteurs chez le reste des patients dont les plus fréquents étaient l'infection (23 cas), le bronchospasme (15 cas) et l'hypokaliémie (13 cas). Le ralentissement de la FC a été obtenu chez 48 patients (39,02 %) en instaurant un traitement symptomatique sans recours aux antiarythmiques. Un patient a nécessité une cardioversion externe. La Cordarone® a été administrée au reste des patients. Le taux de mortalité était de 4,8 %.

Conclusion : La prévalence de l'insuffisance cardiaque gauche chez les patients en FA rapide était d'environ 40%. Le traitement symptomatique des signes de congestion a permis de ralentir la cadence ventriculaire chez près 60% des patients sans recours aux antiarythmiques.

P 048 : RÔLE DES CORTICOÏDES DANS LA PRÉVENTION DU SIRS POST CHIRURGIE CARDIAQUE

Auteurs : Boussema Khalil, Touaibia Maha, Dridi Amira, Bousnina Mouna*, Soumer Khadija*, Ouergli Sonia, Amine Jmal*, Mestiri Taher

Service : HOPITAL A MAMI ARIANA / SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION / service de chirurgie cardiovasculaire et thoracique

Introduction : La chirurgie cardiaque provoque une réaction inflammatoire intense et d'éventuels phénomènes d'ischémie-reperfusion responsables de dysfonctions myocardiques, pulmonaires, rénales et digestives. Elle expose donc le patient à plusieurs facteurs de morbidité. L'administration de corticoïdes, du fait de son action anti inflammatoire puissante, peut faciliter les suites opératoires et améliorer la prise en charge des patients.

Objectif : vérifier le rôle des corticoïdes dans la prévention du sirs postopératoire et chercher l'impact de leur introduction sur la morbi-mortalité.

Méthode : Il s'agit d'une étude préliminaire rétrospective mono centrique intéressant des patients opérés au service de CCV de l'hôpital Abderrahmane Mami à l'Ariana. Cette étude préliminaire inclus jusqu'à présent 31 cas et s'étend sur 2 ans (de janvier 2017 à Décembre 2018). Ces patients ont bénéficié d'une chirurgie cardiaque avec CEC soit pour pontage aortocoronarien ou remplacement valvulaire soit chirurgie combinée (PAC+ RV). Les patients ont été choisis au hasard et chez ceux recevant des corticoïdes, on a prescrit du méthylprednisolone à la dose de 5mg /kg. Les suites opératoires ont été gérées par le service d'Anesthésie Réanimation.

Résultat : Dans notre étude, il n'y avait pas de résultats significatifs concernant l'éventuel rôle protecteur des corticoïdes sur la genèse des complications postopératoires ni sur la prévention du SIRS post opératoire. Le seul résultat significatif ($p < 0,05$) était la prévention de l'arythmie.

Conclusion : Certes les corticoïdes n'ont pas montré d'effet protecteur sur la prévention des complications (en dehors de l'arythmie) et du SIRS post opératoire en chirurgie cardiaque avec CEC, néanmoins ces résultats restent à nuancer vue la faible taille de notre échantillon.

complications	pneumopathie	SDRA	Etat de choc	arythmie	IDM	IR	médiastinite	décès
Nombre d'effectif	8	1	3	7	0	4	0	5
Test exact de Fisher	0,673	1,000	0,222	0,023	0	0,593	0	0,144
Significatif	NON	NON	NON	OUI	0	NON	0	NON

P 049 : LA CARDIOMYOPATHIE DU PÉRI-PARTUM (À PROPOS D'UN CAS)

Auteurs : I.MEHREZ, MA. BERDAI, M.HARANDOU

Service : Service de réanimation Mère Enfant CHU Hassan II – FES

Introduction : La cardiomyopathie du péripartum est une cause rare de cardiomyopathie dilatée survenant en fin de grossesse ou dans les mois suivant l'accouchement. Le diagnostic repose sur l'association d'un tableau d'insuffisance cardiaque clinique et d'une dysfonction systolique ventriculaire gauche en échocardiographie.

Cas clinique : -Mme S.W, âgée de 25 ans, sans aucun ATCD pathologique particulier, admise initialement aux urgences gynécologiques pour Césarienne sur utérus cicatriciel+RPM avec un bassin suspect. -Au bilan initial:Hb=10,8g/dl- PQT= 220 000elt/mm3- TP à 80%, césarisée sous rachianesthésie avec extraction d'un nouveau né Apgar à 10/10; 15 min après la patiente a présenté une hémorragie de grande abondance n'ayant pas répondu aux mesures : une hystérectomie d'hémostase a été réalisée avec PEC complète d'un état de choc hémorragique sous 0,2 μ /kg/min de Noradrénaline . La patiente était transférée ensuite en réanimation mère enfant pour complément de PEC; extubée à H1, avec au bilan biologique post opératoire: Hb à 12,3g/dl- PQT à 147000 elt/mm3-ionogramme , fonction rénale et hépatique corrects. -La patiente a bénéficiée d'une ETT objectivant un VG dilaté avec une hypocontractilité et une FE estimée à 30% d'où sa mise sous Noradrénaline 1,5 μ /kg/min et Dobutamine 10 μ /kg/min . La radiographie pulmonaire de face visualise une cardiomégalie avec un syndrome interstitiel , La troponine est élevé a 0,20 ng/ml. - L'évolution sous traitement est marquée par une amélioration clinique et échocardiographique. -La CMP-PP est une complication cardiaque grave de la grossesse. Souvent sous-diagnostiquée et d'origine multifactorielle : âge maternel > 30 ans, multiparité, grossesse multiple, obésité, hypertension artérielle, pré-éclampsie, tocolyse prolongée. De nombreuses hypothèses physiopathologiques: la mauvaise adaptation aux modifications hémodynamiques de la grossesse , une réponse auto-immune anormale à la grossesse avec l'expression d'autoanticorps cardiaques spécifiques, l'implication de lésions de myocardite d'origine virale, le rôle d'un peptide issu du clivage de la prolactine: la cathepsine D . -Le tableau classique est celui d'une insuffisance cardiaque globale, parfois purement gauche. -L'ECG ne montre pas de signes spécifiques, mais parfois un BDB Gche ou des ondes T négatives. L'ETT est l'examen clef, il permet d'affirmer le diagnostic et de surveiller l'évolution de la CMP-PP, elle retrouve une dilatation ventriculaire, une diminution de la FE inférieure à 45 %. L'IRM cardiaque met en évidence un rehaussement tardif non systématisé, à prédominance sous-épicaire. -Le traitement de la CMP-PP est celui de l'insuffisance cardiaque chronique, avec l'association bêtabloquant, IEC et diurétiques, il est parfois nécessaire d'avoir recours au traitement inotrope par voie IV. La bromocriptine (anti- prolactine) a fait la preuve de son efficacité à la dose de: 2,5 mg2 fois/ jr/2sem puis 1fois/jr/6sem.

Conclusion : -L'évolution clinique est variable, ce qui justifie une PEC multidisciplinaire dans un centre spécialisé afin d'améliorer le pronostic materno-fœtal.

I-Introduction=

-La cardiomyopathie du péripartum est une cause rare de cardiomyopathie dilatée survenant en fin de grossesse ou dans les mois suivant l'accouchement. Le diagnostic repose sur l'association d'un tableau d'insuffisance cardiaque clinique et d'une dysfonction systolique ventriculaire gauche en échocardiographie.

-Les causes exactes de cette affection restent inconnues.

-L'évolution est imprévisible, et le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure malgré une rémission apparente, est très élevé.



Incidence apicale des 4 cavités montrant un VG dilaté et globuleux

II-Observation=

-Mme S.W, âgée de 25 ans, sans aucun ATCD pathologique particulier, admise initialement aux urgences gynécologiques pour Césarienne sur utérus cicatriciel+RPM avec un bassin suspect.

-Au bilan initial:Hb=10,8g/dl- PQT= 220 000el/mm³- TP à 80%, césariée sous rachianesthésie avec extraction d'un nouveau né Appar à 10/10; 15 min après la patiente a présenté une hémorragie de grande abondance n'ayant pas répondu aux mesures : une hystérectomie d'hémostase a été réalisée avec PEC complète d'un état de choc hémorragique



P 050 : MALADIE DE BEHÇET COMPLIQUÉE D'UNE MYOCARDITE AIGUE : À PROPOS D'UN CAS

Auteurs : Maher Arafah*, Khawla Hamzoui, Emna Kallel, Amal Jbali, Manel Kallel, Mehdi ben Lassoued, Mounir Hagui, Khaled Lamine

Service : Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, service d'accueil des urgences

Introduction : La maladie de behçet est une vascularite systémique rare d'étiologie inconnue avec une prédominance de lésions cutané-muqueuses et oculaires. Les complications cardiaques sont plus rares touchant les trois tuniques. Les données concernant la myocardite dans cette maladie auto-immunes sont rares.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 21 ans, suivi pour maladie de behçet depuis une année sous colchicine avec mauvaise observance thérapeutique. Il a consulté nos urgences pour des douleurs thoraciques constrictives continues évoluant depuis 2 jours, irradiantes au membre supérieur gauche, avec une dyspnée d'effort sans autres signes associés. Le patient a été admis en unité de soins rapprochés. On a réalisé un électrocardiogramme montrant un rythme régulier sinusal à 70 batt/min, un sus-décalage de 2 mm EN V4, V5 et V6 avec des ondes T bi phasiques. L'examen somatique trouvait un patient subfébrile à 37.9°C, algique avec une EVA à 3/10. Il était eupneïque avec une saturation périphérique en oxygène de 97% à l'air ambiant. L'auscultation cardio-pulmonaire était normale. Sur le plan hémodynamique, la pression artérielle systolique était de 110 mmHg, la diastolique était de 70 mmHg. Le patient n'avait pas de signes d'insuffisance cardiaque. Le reste de l'examen était sans anomalies. Le diagnostic d'une complication cardiaque (péricardite, myocardite, infarctus de myocarde) de sa maladie de behçet était suspecté. On a complété par un dosage de troponine hypersensible qui est revenu positif à 4248 ng/l. Le reste de bilan biologique était normale en dehors d'une CRP positive de 75mg/l. La radiographie était normale. Pour mieux affiner le diagnostic, une échocardiographie transthoracique était pratiquée montrant une dyskinésie globale et un péricarde sec. Le patient a été transféré au service de cardiologie pour complément d'exploration et prise en charge d'une myocardite aiguë.

Conclusion : La myocardite aiguë est une complication rare chez les patients ayant une maladie de behçet. Le diagnostic doit être évoqué devant un tableau d'insuffisance cardiaque aiguë. Le pronostic dépend de la précocité de prise en charge.



P 051 : INSUFFISANCES CARDIAQUES A FRACTIONS D'ÉJECTION CONSERVÉES ET ALTÉRÉES : QUELLES DIFFÉRENCES CLINIQUES ET PARACLINIQUES ?

Auteurs : Zaouche K, Khelil MH, Kallel MA, Mghirbi A, Boubaker R, Yahya Y, Maghraoui H, Majed K

Service : Service des Urgences. CHU La Rabta.

Introduction : La distinction entre fraction d'éjection ventriculaire altérée ou conservée est non seulement déterminante pour la prise en charge thérapeutique des patients en insuffisance cardiaque (IC) mais aussi pour leur pronostic. Cependant, aux urgences, en l'absence d'une échocardiographie trans-thoracique, cette distinction peut être problématique.

Objectif : L'objectif était de décrire l'association entre les signes cliniques et paracliniques d'IC et le type de la fraction d'éjection ventriculaire.

Méthode : Etude descriptive, observationnelle et rétrospective sur une période de 1 an et 8 mois. Ont été inclus les patients hospitalisés pour une première poussée d'insuffisance cardiaque gauche et ont été répartis selon l'ETT en deux groupes : (G1) FEVG conservée et (G2) FEVG altérée.

Résultat : 84 malades ont été inclus dont 44 patients dans le G1 et 40 patients dans le G2. L'âge moyen était de 69 ± 9 ans dans le G1 et de 71 ± 7 ans dans le G2 ($p=0,819$). Le sexratio était de 0,91 dans le G1 et de 2,63 dans le G2 ($p=0,02$). Le tabac et l'insuffisance coronaire étaient significativement associés avec la présence d'une FEVG altérée (respectivement $p<0,001$ et $p=0,034$). Nous n'avons pas trouvé d'autres différences portant sur la présentation clinique initiale entre les deux groupes. La présence d'un bloc de branche gauche était significativement plus fréquente dans le G2 ($p=0,021$). Les patients du groupe 1 avaient par contre significativement plus d'hyperleucocytose ($p=0,024$) et plus d'hyperkaliémie.

Conclusion : L'analyse comparative des deux groupes a permis de dégager certaines particularités cliniques et biologiques propres à chaque groupe. Une confirmation de ces résultats par des études prospectives et à plus large échelle reste cependant nécessaire.

P 052 : EFFETS DE LA TRANSFUSION ÉRYTHROCYTAIRE SUR L'HÉMODYNAMIQUE ET LE MÉTABOLISME D'OXYGÈNE EN DEHORS DE L'HÉMORRAGIE AIGÜE: RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

Auteurs : A. Trifi, A. Mehdi*, H. Fazzen, M. Tobbich, E. Seghir, F. Daly, Y. Touil, S. Abdellatif, S. Ben Lakhhal

Service : Service de réanimation médicale CHU la Rabta

Introduction : La transfusion érythrocytaire ou de concentrés de globules rouges (CGR) représente une pratique courante en réanimation. Si elle peut sauver des vies dans le choc hémorragique, son efficacité est plus discutable dans l'anémie plus modérée notamment d'origine inflammatoire. Il existe encore un débat considérable sur les risques et les avantages et indications de la transfusion de CGR; chez les patients de réanimation avec anémie non hémorragique.

Objectif : Notre travail vise à étudier les effets de la transfusion de CGR sur l'hémodynamique et le métabolisme de l'oxygène.

Méthode : étude transversale comparative de séries appariées avant/après transfusion de CGR. Étaient éligibles, les patients recevant une transfusion de CGR dont l'indication est une anémie non hémorragie avec une Hb < 7 g / dL. Une échocardiographie avec mesure du débit cardiaque (DC), une gazométrie artérielle et un prélèvement de la ScVO₂ étaient effectués en 2 temps : avant et 2H après la transfusion. La NFS était prélevée 24 H après la transfusion. Tous les paramètres hémodynamique, hématosiques (en utilisant les formules suivantes : CaO_2 (ml/dl) = 1.34 (ml/g) x Hb (g/dl) x SaO₂ + [(0.0031 x PaO₂ (mm Hg))] et DO_2 (ml/mn) = DC (l/mn) x CaO₂ x 10) et hématologiques étaient comparés par les tests sur échantillons appariés

Résultat : 20 malades étaient inclus de sex-ratio=1,85, d'âge médian=43 ans [41-60], IGS II=49 et SOFA=6. Pour les tares : la plus fréquente était le diabète (n=5), une hémopathie chez 2 malades et aucun cas d'anémie chronique n'était connu. Onze (55%) d'eux provenaient des urgences et l'admission était motivée par une détresse respiratoire dans 70% des cas. A l'inclusion, 14/20 étaient sous ventilation invasive et 5 sous vasopresseurs. La valeur d'Hb médiane indiquant la transfusion de CGR était de 6,6 [6,2-6,9] dans un délai médian de l'hospitalisation à 13 jours et aucun incident transfusionnel n'a été détecté. Après la transfusion de 1 CGR, le CaO₂ (ml/dl) a augmenté de 8,9 [8,5-9,3] à 10,4 [9,4-11,3] avec $p<10^{-3}$. Les DC (l/mn), IC (l/mn/m²) et délivrance en O₂ (ml/mn) ont baissé mais sans atteindre un degré significatif avec des valeurs avant/après transfusion : DC : 5,6 [4,4-7,01] vs 4,6 [3,8-6,7] et $p=0,33$, IC : 3,2 [2,4-4,1] vs 2,4 [2,3-3,8] et $p=0,16$, DO₂ : 522 [402-623] vs 503 [433-666] et $p=0,17$. Tous les paramètres hématologiques étudiés ont significativement augmenté ($p<10^{-3}$ pour les trois) avec passage de l'Hb (g/dl) de 6,6 [6,2-6,9] à 7,9 [7,02-8,4], hémocrite (%) de 20 [19-22] à 24 [22-25] et le compte de GR (106/ml) de 2,47 [2,14-2,75] à 2,9 [2,49-3,22]. Le tableau joint montre la variation de tous les paramètres comparés avant/après transfusion de CGR.

Conclusion : nos résultats préliminaires tendent à affirmer que malgré l'amélioration du CaO₂ après transfusion érythrocytaire, la délivrance en O₂ ne s'améliore pas (but ultime de la transfusion!). Cet effet semble être du à la diminution du DC conséquent à l'augmentation de la viscosité sanguine. Cela incite à opter plutôt vers une stratégie conservatrice quant à la transfusion de CGR en cas d'anémie non hémorragique.

TABLEAU : ENSEMBLE DES PARAMÈTRES COMPARÉS AVANT/APRÈS TRANSFUSION ÉRYTHROCYTAIRE			
	Avant TS (n=20)	Après TS (n=20)	p
PARAMÈTRES HEMODYNAMIQUES			
PAS (mm Hg)	111 [96-127]	120 [108-137]	0,1
PAD (mm Hg)	69 [54-71]	68 [60-77]	0,34
PAM (mm Hg)	82 [68-98]	79 [74-95]	0,48
FC (bpm)	103 [90-124]	105 [90-129]	0,68
PVC (mm Hg)	5,7 [5-9]	6 [5-7,7]	0,81
DC (L/mn)	5,6 [4,4-7,01]	4,6 [3,8-6,7]	0,33
IC (L/mn/m2)	3,2 [2,4-4,1]	2,4 [2,3-3,8]	0,16
E/A	0,92 [0,8-1,6]	0,98 [0,81-1,2]	0,48
E/E'	8,6 [5,5-10,9]	8,6 [5,7-11]	0,73
IC-VCI (%)	22,5 [6-32]	20 [9-26]	0,43
PAPS (mm Hg)	29,5 [24-37]	26,5 [25-34]	0,46
PARAMÈTRES DU METABOLISME DE L'O2			
SpO2 (%)	98 [96-100]	98,5 [96-100]	0,65
PaO2 (mm Hg)	113 [86-122]	109 [92-114]	0,95
SaO2 (%)	97 [96-98]	98 [96-98]	0,77
Ratio P/F	276 [198-376]	268 [173-371]	0,73
ScVO2 (%)	76,5 [71-83]	79,5 [73-83]	0,14
CaO2 (ml/dl)	8,9 [8,5-9,3]	10,4 [9,4-11,3]	<10-3
DO2 (ml/mn)	522 [402-623]	503 [433-666]	0,17
PARAMÈTRES HÉMATOLOGIQUES			
Hb (g/dl)	6,6 [6,2-6,9]	7,9 [7,02-8,4]	<10-3
Hématocrite (%)	20 [19-22]	24 [22-25]	<10-3
GR (106/ml)	2,47 [2,14-2,75]	2,9 [2,49-3,22]	<10-3

TS : transfusion sanguine érythrocytaire, PAS : pression artérielle systolique, PAD : pression artérielle diastolique, PAM : pression artérielle moyenne, FC : fréquence cardiaque, PVC : pression veineuse centrale, DC : débit cardiaque, IC : index cardiaque, E/A : Rapport entre pic de vélocité diastolique précoce (E) et tardive (A), E/E' : pic de vitesse diastolique précoce (E) divisé par la vitesse maximale de l'anneau mitral en début de diastole (E'), IC : index de collapsibilité, VCI : veine cave inférieure, PAPS : pression de l'artère pulmonaire systolique, SpO2 : saturation pulsée en O2, PaO2 : pression artérielle en oxygène, SaO2 : saturation artérielle en O2, ScVO2 : saturation veineuse centrale en O2, CaO2 : contenu artériel en oxygène, DO2 : délivrance ou apport en oxygène, Hb : hémoglobine, GR : dénombrement de globules rouges

P 053 : SYNDROME DE TAKOTSUBO ET PNEUMOPERITOINE

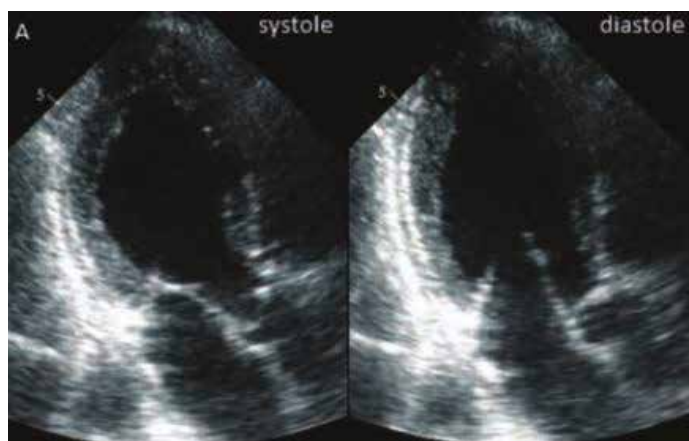
Auteurs : K.Mejri, W.Amara, M.Ben rejeb, D.Belhaj amor, Y.Massoudi, M.Maamri, A.Amous

Service : service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : le syndrome de Takotsubo (ST) aussi appelé syndrome de ballooning apical transitoire du ventricule gauche est une entité particulière du syndrome coronarien aigu (SCA) à coronaires saines avec une très nette prédominance chez les femmes post ménopausées.

Cas clinique : Il s'agit d'une femme de 53 ans au antécédant d'une hypertension artérielle programmée pour une cholécystectomie sous cœlioscopie. L'acte s'est déroulé sous anesthésie générale avec une induction et une intubation faite sans incident. A l'insufflation du pneumopéritoine la patiente a présenté un arrêt cardio respiratoire (ACR) récupéré après un massage cardiaque de 5mn et 1mg d'adrénaline, exsufflation et sortie de la patiente du bloc. Un électrocardiogramme a été fait montrant un sus-décalage en latéral avec à la biologie des troponines à 3000 puis 5000. on a complété par : Une coronarographie qui a montré un réseau coronaire sain, une échographie cardiaque (ETT) montrant une FEVG à 30% avec une hypokinésie la plus sévère au niveau des segments apicaux et médians. L'évolution a été marquée par initialement une poussée d'insuffisance ventriculaire gauche avec un œdème aigu du poumon (OAP) nécessitant la mise sous inotropes positifs pendant quelques jours puis secondairement une amélioration progressive clinique biologique et échographique. Dans le cadre du bilan étiologique un angioscanner a été réalisé à j5 post ACR montrant une artère pulmonaire de calibre normal avec absence de défaut endoluminal des artères pulmonaires droite et gauche. Devant ces différentes données on a retenu le diagnostic de Syndrome de Takotsubo et on a mis la patiente sous IEC et Béta Bloquants. Au bout de 4 semaines la patiente a été mise sortante après restitution de la fonction cardiaque.

Conclusion : La cardiomyopathie de stress est une entité morbide qui pourrait transcender le contexte péri opératoire. Dès lors sa reconnaissance par les anesthésistes et les réanimateurs est primordiale afin de permettre une prise en charge diagnostique et thérapeutique précoce.



P 054 : LA MYOCARDITE AIGUE : A PROPOS DE 45 CAS

Auteurs : S.MARZOUGUI, N. B MEFTEH, M.BAYAR, A.B HASSINE, A. ELEUCHI, Y.AMMAR

Service : Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie

Introduction : La myocardite est une affection inflammatoire du myocarde dont le tableau clinique est variable, allant d'une anomalie électrique asymptomatique, à une défaillance cardiaque fulminante, en passant par des manifestations cliniques d'un infarctus de myocarde. Il n'existe pas de données épidémiologiques exactes sur la myocardite, car les critères cliniques, électriques et échographiques ne sont pas spécifiques.

Objectif : Le but de notre étude est de déterminer les particularités épidémiologiques, cliniques et paracliniques pour le diagnostic de myocardite aigue.

Méthode : Etude épidémiologique rétrospective incluant 45 patients admis par les biais des urgences au service de cardiologie pour myocardite aigue. Le diagnostic de myocardite est retenu sur des critères cliniques, des anomalies électriques, un syndrome inflammatoire biologique, des troponines positives et les données de l'imagerie.

Résultat : L'âge moyen de nos patients était de 27,5 ans avec une exclusivité masculine. 100% de nos patients n'avaient aucun antécédent pathologique (en dehors du tabagisme). Le motif de consultation était les douleurs thoraciques dans tous les cas. Un syndrome infectieux était noté dans la moitié des cas. L'ECG a objectivé des troubles de la repolarisation dans 53.33%. Le dosage des troponines était positif dans 93,3 % des patients. L'ETT était pathologique dans 13,3 % des cas. Une coronarographie diagnostique était pratiquée chez 44.44% de nos patients et elle était normale dans tous les cas. L'IRM réalisée chez 40%, et elle a confirmé le diagnostic. Tous nos patients ont reçu initialement un traitement basique, rectifié après 24 heures. L'évolution était favorable pratiquement dans tous les cas.

Conclusion : La myocardite aigue touche essentiellement le sujet jeune de sexe masculin, n'ayant pas des facteurs de risque cardiovasculaire. Le tableau clinique ainsi que les signes électriques peuvent simuler un infarctus du myocarde à sa phase aigue. L'IRM reste l'examen non invasive la plus fiable pour confirmer le diagnostic.

P 055 : INFARCTUS DU MYOCARDE À CORONAIRES SAINES CHEZ UN SUJET JEUNE APRÈS CONSOMMATION DE CANNABIS

Auteurs : Bradai Haifa, Mahmoudi Ahmed, Missaoui Insaf, Bouhlel Ahmed, Loghmani Doraa, Mbarek Rabeb, PR. AGChebili Naoufel

Service : SAMU03 CHU sahloul sousse

Introduction : Le cannabis est la drogue la plus fréquemment consommée dans le monde essentiellement pour ses effets euphorisants et hallucinogènes. Ses effets cardiovasculaires sont actuellement bien identifiés. Toutefois, peu de données sont disponibles concernant son implication dans la survenue des syndromes coronariens aigus (SCA), et le rôle exact de cette drogue dans la pathogénie de la maladie coronaire

Cas clinique : Monsieur E.M agé de 21 ans, sans ATCD particuliers notables, tabagique et fumeur de cannabis, admis pour des douleurs angineuses avec des sueurs profuses depuis une heure. L'interrogatoire retrouvait une prise de cannabis il ya 7 h soit 6 h du début de la douleur. L'examen clinique était sans anomalies. L'électrocardiogramme a montré un sus-décalage en inféro-basal avec une image en miroir en antérieur. La conduite était de le mettre sous traitement antithrombotique et procéder à l'angioplastie primaire. La coronarographie a montré des coronaires saines et l'échographie trans-thoracique était sans anomalies.

Conclusion : La consommation de cannabis doit être recherchée systématiquement chez des jeunes patients victimes de SCA, surtout en l'absence de facteur de risque cardiovasculaire classique. Le spasme coronaire et la formation de thrombus intra-coronaire semblent les deux principaux mécanismes en cause. La prise en charge de ces patients doit faire appel surtout au traitement anti-thrombotique maximal et à des médicaments vasodilatateurs permettant de lever le spasme coronaire.

P 056 : RUPTURE AIGUE TRAUMATIQUE DE L'ISTHME DE L'AORTE GRADE III CHEZ UNE PATIENTE INITIALEMENT STABLE

Auteurs : F.Issaoui*, H.Bradai, H.Snoussi, Y.Abdelkefi, F.Ben Amira, A.Nasri, O.Chakroun-Walha, N.Rekik

Service : Service des Urgence et du SAMU 04, CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : La rupture traumatique de l'aorte est un événement gravissime, survenant dans suite à un traumatisme violent avec décélération du bloc cardio-aortique. L'objectif est de montrer l'intérêt du mécanisme lésionnel à travers une forme trompeuse habituellement létale sur les lieux de l'accident.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une patiente B.H âgée de 69 ans, sans antécédents, admise pour prise en charge d'un poly-traumatisme suite à un AVP. A l'interrogatoire, il s'agit d'un dérapage de voiture avec un mouvement de décélération sans ceinture, le point d'impact est crânien. L'examen initial à la salle d'urgence : patiente consciente avec un GSC à 15/15, TA : 12/7, Pouls : 84 batt/min, une SatO₂ à 97% à l'air ambiant, l'auscultation cardio-pulmonaire était normale et son abdomen était souple. Vu l'installation d'une agitation et d'une dyspnée la patiente est amenée au déchoquage. A l'examen: patiente consciente agitée, GSC 15/15, TA : 111/60, FC : 92 batt/min, une polypnée, SaTO₂ : 92% à l'air ambiant. La patiente était conditionnée, avec mise de deux voies d'abord solides, une perfusion par des solutés cristalloïdes et une oxygénothérapie au masque. Le contrôle de la cinétique de l'hémoglobine a montré une déglobulisation de 3 points. Le body scanner a montré un étage cérébro-cervical normal, à l'étage thoracique : aspect de rupture de l'isthme aortique grade III avec extravasation active du PDC au temps artériel réalisant un hématome du médiastin postérieur étendue

sur une hauteur de 12cm comprimant les cavités cardiaques. Un hemo médiastin de grande abondance, un épanchement gazeux pleural antérieur bilatéral, foyers de contusions parenchymateuses du lobe moyen du poumon droit et des fractures costales gauches. Au retour du service de radiologie, l'état de la patiente a présenté un arrêt cardio respiratoire, réanimée pendant 30 min sans récupération.

Conclusion : Dans notre cas le diagnostic de rupture d'isthme n'était pas évident, notamment le type totale de rupture, qui habituellement diagnostiquée en cas d'autopsie.

P 057 : FATAL ACUTE CORONARY SYNDROME (ACS) IN SEVERE ADVANCED TAKAYASU ARTERITIS (TA): A CASE REPORT

Auteurs : D.Ben Braiek*, S.Daadaa, W.Baya, M.Kechida, S.Hammami, R.Klii, I.Khochtali

Service : Internal Medicine and Endocrinology Department, Fattouma Bourguiba University Hospital, Monastir.

Introduction : ACS may affect non-atherosclerotic young patients with systemic disease. Coronary artery involvement occurs in 10- 30% of cases of TA, a rare chronic progressive panendarteritis often affecting women. This case represents a fatal ACS in advanced TA in a male patient.

Cas clinique : We report a case of a 58-year-old male patient with past history of Takayasu's disease retained on ACR criteria two years ago. He had an advanced Takayasu arteritis. Angiotomography revealed occlusions in left subclavian artery, left primitive and internal carotid arteries, left renal artery, infrarenal aorta and in both primitive iliac arteries. Coronary angiography showed an 80% stenosis of the circumflex artery treated by angioplasty. He had no additional cardiovascular risk factor other than smoking. He was admitted in our department to investigate the clinical course of his TA. Few days later, he presented a sudden onset of acute dyspnea, chest pain and palpitation. Physical examination showed a significant asymmetry in pulses between right and left limb. His blood pressure was 130/80mmhg in the right arm and absent in the left arm. He had polypnea and bilateral fine rales. The electrocardiogram showed sinus tachycardia at 140 bpm. Laboratory analyzes revealed an important inflammatory syndrome, increased myocardial necrosis markers and severe metabolic acidosis. Transthoracic echocardiography showed an impaired left systolic function, global wall-motion abnormalities and LVEF of 25%. Coronary angiography was not possible due to multiple severe coronary-artery stenosis.

The diagnosis of non ST elevation myocardial infarction complicating with pulmonary oedema and acute circulatory failure was retained and the patient was referred to the intensive care department. In addition to classical treatment of acute coronary syndrome, corticotherapy, vasoactives drugs and mechanical ventilation were established. The clinical course was marked by the occurrence of refractory cardiogenic shock complicated by cardiac arrest.

Conclusion : Coronary artery involvement in Takaysu arteritis is rare but can be life threatening. Early diagnosis and treatment associated with aggressive correction of risk factors and adherence to treatment of the patient may improve the prognosis of the disease.

P 058 : SYNDROME CORONARIEN AIGUE (SCA) TYPE II AVEC SUS DECALAGE DU SEGMENT ST

Auteurs : M.Zghidi.M*2, I.Ben Saida2, W.Zarrougui1'2, E.Ennouri2, A.Baccari2, A.Hadhri2, A.Triki2, R.Toumi1'2, T.Ben Ahmed2, K.Meddeb1'2, M. Boussarsar1'2

Service : (1) Medical intensive care unit, farhat hached hospital, Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse, UR N° LR12SP09.Heart Failure, Sousse, Tunisia; (2) Medical intensive care unit, Farhat hached university hospital, Sousse, Tunisia

Introduction : Le SCA peut résulter d'une occlusion d'une artère coronaire (SCA type I) comme il peut être secondaire à un déséquilibre entre les apports et les demandes en oxygène du myocarde (SCA type II).

Cas clinique : Il s'agit d'une patiente âgée de 58 ans diabétique sous ADO, hypertendue, dyslipidémique, obèse admise au service de réanimation pour une décompensation acidocétosique de son diabète par un écart de régime compliquée d'un état de choc hypovolémique, une insuffisance rénale fonctionnelle avec une hypokaliémie sans signes électriques à l'ECG. A J2 d'hospitalisation, elle a présenté des douleurs thoraciques aiguës typiques associés à une polyurie osmotique de 3 litres d'installation rapide en 4 heures non compensée, l'ECG montre l'apparition d'un sus décalage diffus sans onde Q de nécrose avec absence de signes de miroir avec à la biologie ascension des troponines de 48 pg/ml à l'admission à 18555 pg/ml à H1 de la symptomatologie. Une coronarographie faite en urgence montre un réseau coronaire sain avec un trajet de l'IVA intra myocardique. Un complément d'exploration par échographie cardiaque transthoracique rapporte une hypokinésie antérolatérale, une fraction d'éjection du ventricule gauche conservée et un péricarde sec. Le diagnostic d'un SCA type II a été retenu. Notre conduite à tenir était d'assurer une hydratation adéquate pour une perfusion myocardique efficace. L'évolution a été marquée par la disparition des douleurs thoraciques, la diminution progressive de sus décalage jusqu'au retour à la ligne isoélectrique à J3 et la dégression de la cinétique des troponines (4170 à H24, 3637 J2, 1446 à J3, 420 à J4,32 à J6).

Conclusion : Les SCA type II sont favorisées par des situations de déséquilibre entre apport et demande d'oxygène assez fréquentes en réanimation. Une attention particulière aux circonstances permet d'en éviter les errances diagnostiques et les écarts thérapeutiques.

P 059 : GESTION PERI-OPERATOIRE D'UN PARAGANGLIOME ABDOMINAL : (A PROPOS D'UN CAS)

Auteurs : M¹ Ben Ali, T¹Tabbebi*, I¹Aloui, M¹Smayria, M¹Telmoudi, F¹BenSalem, H².Saad, M¹ Gahbiche.

Service : ¹ Service d'Anesthésie-Réanimation EPS Fattouma Bourguiba Monastir ² Service d'Urologie EPS Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction : Les paragangliomes sont des tumeurs rares, très vascularisées qui se développent aux dépens des paraganglions, tissus neuroendocrines issus de la migration des cellules de la crête neurale qui constituent le système nerveux sympathique (tissu chromaffine) et parasympathique (tissu non-chromaffine).

Cas clinique : Patiente âgée de 41 ans suivie pour une anémie ferriprive. Une échographie abdominale demandée ayant montré des formations nodulaires droites iso écho-gène au parenchyme hépatique. La patiente a été admise au service d'endocrinologie. Un complément d'exploration par IRM abdominale a montré une masse inter hépatorénale hypodense se rehaussant de façon intense à l'injection de produits de contraste au temps portal cadrant avec un paragangliome. Un dosage plasmatiques et urinaires des dérivés méthoxylés était élevé : métanéphrine : 7 fois la normale, normétanéphrine 20 fois la normale. La recherche de localisation secondaire est négative par IRM corps entier et scintigraphie à la méta-iodo-benzyl guanidine MIBI. Au cours de son hospitalisation la patiente a présenté un pic hypertensif à 170 / 100 mmHg avec des palpitations, des bouffées de chaleur, une douleur thoracique avec un ECG intercritique normale, troponine élevée traité comme étant un syndrome coronarien ST moins troponine positive mise sous traitement anti angineux. Un holter tensionnel a été demandé montrant des pics hypertensifs épisodiques avec des palpitations. Le diagnostic d'un paragangliome était retenu et l'indication opératoire était posée. L'évaluation préanesthésique retrouvait un bon état général, une tension artérielle à 140 /90mmHg. Une échographie cardiaque faite revenue normale. Au bloc opératoire, on a eu recours à un le monitoring standard un cathéter artériel et un cathéter veineux central. L'induction anesthésique était faite en séquence lente avec de l'etomidate, du propofol, cisatrex et ultiva. Durant l'intervention les chiffres tensionnels oscillaient entre 100/60 et 200/100 au moment de l'ablation de la pièce jigulés par la nicardipine.

Conclusion : Les paragangliomes sont des tumeurs rares, longtemps asymptomatiques. L'exérèse chirurgicale est le seul traitement radical, rendu plus efficace grâce aux progrès d'anesthésie réanimation par le contrôle des variations hémodynamiques induites par les catécholamines.

P 060 : CARDIOMYOPATHIE DE MEADOWS :CAS CLINIQUE D'UNE DÉFAILLANCE CARDIAQUE EN POSTPARTUM

Auteurs : Z. Abjaw, R. ELhadrami, H.ribahi Mgh.el Adib

Service : Service de réanimation maternité CHU med VI marrakech

Introduction : . Il s'agit d'une cardiopathie dilatée avec dysfonction systolique qui survient entre le dernier mois de la grossesse et les cinq mois postpartum. Cette pathologie est rare et elle est associée à un haut risque de mortalité(50 %).

Cas clinique : Une patiente de 18 ans sans ATCDs pathologiques notables non connu cardiaque non porteuse d'une néphropathie ou hépatopathie . adressée aux urgences pour une insuffisance respiratoire aigüe à j 6 du post partum d'une grossesse estimé a terme déroulée par voie basse dans une maison d'accouchement sans incident A son admission l'examen clinique retrouvait une patiente confuse GCS a 13 /15 éme apyrétique et présentait les signes d'insuffisance cardiaque globale (dyspnée, orthopnée, tachycardie à 140 bpm, hypotension artérielle à 9/6). L'auscultation cardio-pulmonaire a objectivé des râles crépitent bilatéraux . la patiente a présentée un arrêt cardiaque récupérer après 5 min des mesures de RCP avec un seul bolus de l'adrénaline puis intubée ventilée Après la mise en condition et stabilisation de l'état HD et respiratoire Le diagnostic initial retenu était une embolie pulmonaire. La patiente était transférée aux Service de radiologie pour faire une tomographie thoracique afin d'éliminer cette hypothèse étiologique. Un complément écho-cardiographique a montré un VG dilaté à fonction systolique effondrée La patiente a été mise alors sous IEC ,diurétique et Dobutamine . L'évolution était favorable avec l'amélioration de l'état respiratoire et la stabilité hémodynamique permettant le sevrage des drogues vaso-actives et de la ventilation artificielle . Une écho cardiographie pratiquée après 4 jours a montré une fonction systolique encore altérée, FE à 40%, amélioration de la cinétique du VG . La patiente a été transférée en cardiologie sous IEC et diurétique

Conclusion : La constatation de manifestations respiratoire chez les femmes enceintes au dernier mois de grossesse ou en post partum mérite un examen clinique minutieux et une exploration par une échographie cardiaque

P 061 : TAMPONNADE COMPLIQUANT UNE MALADIE DE CROHN : A PROPOS D'UN CAS.

Auteurs : Guissouma J, Ghadhoune H, Brahmi H, Kamoun S*, Ksouri M, Ben Ali H, Garbaa Y, Houli R, Souissi S, Samet M.

Service : Service de réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

Introduction : La maladie de Crohn est une maladie systémique associant souvent des manifestations extra-intestinales à l'atteinte inflammatoire de l'intestin. Même si l'atteinte péricardique est rare, elle peut être grave. Nous rapportons un cas de tamponnade chez un patient atteint de Crohn.

Cas clinique : Mr A.M âgé de 31 ans ayant une maladie de Crohn iléale sténosante a été opéré avec résection iléo-caecale et stomie en double canon. Quatre mois après, il a été hospitalisé en réanimation pour dénutrition sévère. Examen : patient cachectique déshydraté, apyrétique, conscient, PA=100/60 mmhg, FC=110 bpm, eupnéique, auscultation cardio-pulmonaire normale, abdomen souple et stomie

fonctionnelle. Biologie : glycémie=6 mmol/l, insuffisance rénale aiguë (créatinine=983 µmol/l, urée=22 mmol/l), Na⁺/K⁺=138/4 meq/l, Hb=7,5 g/dl, plq=135000 el/ml, GB=4000 el/ml, CRP=50 mg/l, calcémie=2 mmol/l, protidémie=57 g/l, bilan hépatique et pancréatique normaux. GDS à l'air : acidose métabolique décompensée (Ph=7.32, PCO₂=18, HCO₃⁻=10, Po₂=120). RX thorax et ECG normaux. La prise en charge initiale associait une alimentation parentérale avec réhydratation, apports en oligoéléments et vitamines et une seule séance de dialyse à l'admission. L'évolution ultérieure était favorable avec amélioration de la fonction rénale. Néanmoins le patient présentait à j8 des douleurs thoraciques, une dyspnée, une tachycardie et une hypotension nécessitant oxygénothérapie et drogues vasoactives. La TDM thoracique montrait un épanchement péricardique et l'ETT confirmait la tamponnade. Un drainage était réalisé en urgence ramenant un liquide hématique. Le contrôle échographique après ce geste et 2 jours après montrait la régression de l'épanchement. L'analyse du liquide de drainage objectivait une formule hémorragique dépourvue de cellules néoplasiques avec recherche de BK et culture négatives. L'IDR à la tuberculine et le dosage du Quantiféron étaient négatifs. Le sevrage de l'oxygène et des drogues vasoactives était possible au bout de 2 jours et le patient était transféré ensuite en chirurgie pour rétablissement de la continuité.

Conclusion : La tamponnade est une complication rare mais grave de la maladie de Crohn pouvant engager le pronostic vital. Ceci implique un diagnostic précoce devant tout tableau évocateur ainsi qu'une prise en charge adéquate.

P 062 : ASSISTANCE CARDIORESPIRATOIRE PAR EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION (ECMO) EN MILIEU DE REANIMATION : A PROPOS D'UN CAS

Auteurs : A.Ben Yedder* / K.Ben Hassen / I.Saddem / I.Bounaoues / M.Maamri / J.Ziadi / A.Ammous

Service : Hôpital La Rabta / Service d'Anesthésie et de Réanimation

Introduction : L'ECMO est maintenant la technique de première ligne pour la prise en charge des chocs cardiogéniques réfractaires « d'étiologie médicale ». Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une myocardite aiguë ayant nécessité une ECMO veino-artérielle fémorale.

Cas clinique : Il s'agit d'une patiente âgée de 11 ans, ayant une notion de syndrome grippal, qui a consulté pour des douleurs thoraciques avec dyspnée. Une myocardite aiguë a été retenue. Le tableau s'est compliqué rapidement d'un état de choc cardiogénique. L'examen retrouve une patiente fébrile, un score de Glasgow à 11/15, une tachycardie, une hypotension artérielle et des râles crépitants. L'électrocardiogramme a montré une tachycardie sinusale avec microvoltage. L'échographie cardiaque a objectivé une dysfonction sévère du VG (FEVG à 15%) et une dilatation des cavités droites. A la biologie : Une acidose métabolique avec une hyperlactacémie. Devant la non-amélioration clinico-biologique, malgré les fortes doses de catécholamines, on a eu recours à une assistance circulatoire de sauvetage. La patiente a eu une ECMO veino-artérielle périphérique par abord chirurgical avec un ballon de contre pulsion intra-aortique. L'évolution a été marquée à J1 par l'apparition d'une ischémie du membre inférieur droit d'où sa reprise pour désoblitération artérielle par sonde de Fogarty. Les suites opératoires étaient favorables sur le plan local et général avec notamment diminution des doses de catécholamines et récupération d'une bonne fonction ventriculaire gauche. La patiente a été sevrée de l'ECMO à J9. Le tableau s'est compliqué d'une pneumopathie compliquée de SDRA rendant le sevrage de la ventilation artificielle difficile. Une trachéotomie a été réalisée. L'évolution à moyen et long terme était favorable et la patiente a été mise sortante à J45.

Conclusion : Les myocardites aiguës sont des causes de choc cardiogénique réfractaire réversible où l'ECMO périphérique trouve d'excellentes indications permettant de réduire la morbi-mortalité. Cependant celle-ci n'est pas dénuée de risques et nécessite une surveillance stricte.

P 063 : SYNDROME DE BRUGADA : A CASE REPORT

Auteurs : T. Kharraz *, H. Ghazali, I. Keskes, M. Mabrouk, A. Bekir, G. Chikhaoui, A. Azouzi, S. Chiboub, A. Ben Garfa, S. Souissi

Service : Service SMUR et Urgences, Hôpital régional de Ben Arous

Introduction : Le syndrome de Brugada est une maladie cardiaque rare mais préoccupante car peut être à l'origine de mort subite. Malheureusement, elle reste sous-diagnostiquée en raison de la méconnaissance de ses caractéristiques. Nous rapportons un cas diagnostiqué aux urgences.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 17 ans sans antécédents pathologiques notables, qui consulte les urgences pour palpitations installées brutalement suite à un effort physique. A l'examen : Il était tachycarde à 130 bpm avec une pression artérielle (PA) imprenable et froideur des extrémités, fréquence respiratoire à 18 cycles/min avec une auscultation pulmonaire normale, GCS = 15 et apyrétique. L'ECG montrait une fibrillation auriculaire à 130 bpm. Le diagnostic retenu initialement a été une fibrillation auriculaire, sans épiphénomène évident, mal tolérée sur le plan hémodynamique. La conduite à tenir était d'administrer un choc électrique externe (CEE) en mode synchrone à 150 Joules. A l'évaluation post-CEE, l'état hémodynamique s'était stabilisé avec une PA à 110/80 mmHg et une fréquence cardiaque à 82 bpm. L'ECG montrait un rythme régulier sinusal avec un sus-décalage en dôme du segment ST et des ondes T négatives en V1 et V2 évocatrices d'un syndrome de Brugada de type 1. Au contrôle de l'ECG 6 heures plus tard, l'aspect était en faveur d'un syndrome de Brugada de type 2. Le patient a par la suite bénéficié d'une échocardiographie trans-thoracique montrant une insuffisance mitrale minime rhumatismale. Il a été transféré en cardiologie où l'étude électrophysiologie a confirmé le diagnostic.

Conclusion : Au-delà de la stabilisation des troubles du rythme mal tolérés, l'urgentiste peut faire le diagnostic d'une pathologie sous-jacente, en l'occurrence un syndrome de Brugada. Le patient sera alors orienté en cardiologie où un traitement adéquat va être discuté.

P 064 : LA CARTOGRAPHIE INFECTIEUSE DU SERVICE DE RÉANIMATION A1 DURANT L'AN 2018

Auteurs : I.Mehrez- A.Derkaoui- A.Shimi- M.Khatouf

Service : service de la réanimation A1/CHU.HASSAN II FES/MAROC

Introduction : Une infection est dite nosocomiale si elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation, et si elle était absente à l'admission à l'hôpital. Les infections nosocomiales sont fréquentes au niveau des services de réanimation, vu que ces services hébergent des malades « fragiles » : âgés, immunodéprimés, présentant des défaillances viscérales.

Objectif : L'objectif de cette enquête bactériologique est de dresser un tableau des principaux germes responsables d'infections nosocomiales au service de réanimation A1, et les bases de prescription de l'antibiothérapie en milieu de réanimation.

Méthode : C'est une étude rétrospective réalisée au service de la Réanimation A1 pendant l'année 2018, concernant 4 groupes de prélèvements bactériologiques : Pulmonaires, urinaires, LCR, et sanguins.

Résultat : Concernant les prélèvements broncho-pulmonaires : *316 PDP= 65 (20,50%) sont négatifs, et 251 (79,43%) étaient + aux germes : 119 Acinetobacter Baumannii (AB) : 47,41% + 42 Pseudomonas Aerogenosa (PA) : 16,73% + 32 Klebsiella Pneumonie BLSE (KP) : 12,75% + 27 Staphylococcus Aureus (SA) : 10,76% + 23 E.Coli.BLSE : 9,16% + 12 Entero-Bacter.Cloacae (EC) : 4,79% + 7 Haemophilus. Influenzae (H.I) : 2,78% + 3 E.Coli Sauvage : 1,19% + 2 Candidas. Albicans + 2 Morganella Morgani + 1 Entero-Bacter. Aerogenosa + 1 Serratia. Marcescens. *6 ECBC ont été réalisés : 2 revenant + : AB et PA. Pour les prélèvements sanguins : *271 hémocultures ont été faites : 197 sont -soit (72,69%), 74 sont + (27,30%) = 19 (25,67%) AB. + 17 KP (22,97%) + 11 SA (14,86%) + 8 E.Cloacae + 3 E.Coli BLSE + 3 E.Faecium + 3 Staph. Coagulase + 2 PA + 2 SARM + 1 Staph méti-R + 1 E.Faecalis + 1 Serratia + 1 E.Aerogenosa + 1 Stenotrophes Maltophilia. *L'étude bactériologique des 101 cathéters a montré : 82 (81,18%) sont -, et 19 sont + soit 18,81% = 9 AB + 4 SA + 2 PA + 2 E.Coli + 2 KP.BLSE. Pour les prélèvements urinaires : 128 ECBU fais : 99 sont - (77,34%), et 29 sont + (22,65%) = 9 AB + 7 E.COLI + 6 K.P + 1 Pseudo + 1 E.Faecalis + 2 E.Cloacae. + 1 Citobacter. Beakii + 1 Levure + 1 Staph.Saprophyticus. Pour les prélèvements de Pus = *74 PL = 72 - et 2 + (2,7%) aux strepto. Pneumonie et une BGN. *166 P.Nasal = 159 - et 7 + (4,21%) aux = 2 E.Coli, 2 KP, 2 AB, 1 SARM. *150 P.Rectal = 130 - et 20 + (13,33%) aux = 6 KP, 6 E.Coli BLSE, 2 AB, 2 E.Faecalis, 1 Serratia Marcescens, 2 SARM .BLSE, 1 Amebia. -les germes résistants du service sont = AB, PA, KP .BLSE, E.Cloacae.

Conclusion : Les 4 sites d'infection les plus fréquemment concernés sont, par ordre décroissant : le site respiratoire, les infections urinaires, les bactériémies et les infections du site opératoire (LCR+++...) L'émergence de souches multi résistantes telles que Acinetobacter baumannii, posent de véritables problèmes thérapeutiques, dont il faut essayer de proposer quelques solutions, afin de faire face à leur progression et leur extension.

P 065 : L'INFECTION DU LIQUIDE D'ASCITE CHEZ LE CIRRHOTIQUE: CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET PROFIL BACTÉRIOLOGIQUE

Auteurs : S.Khedher ,K.Ben Ismail* , A.Khaled, M.Salem

Service : Unité de soins intensifs digestifs-service de gastro-entérologie-EPS C. Nicolle-Tunis

Introduction : L'infection du liquide d'ascite (ILA) est une complication fréquente au cours de la cirrhose et associée à un mauvais pronostic. Ces infections sont plus fréquemment d'ordre communautaire et les germes les plus souvent retrouvés sont les bacilles Gram négatif (BGN) avec une prédominance d'Escherichia coli. Toutefois, des données récentes révèlent de plus en plus des modifications du type de germes en cause ainsi que l'émergence des résistances. Afin de mieux guider l'antibiothérapie de première intention.

Objectif : Les objectifs du travail étaient de décrire les caractéristiques épidémiologiques chez les patients cirrhotiques au cours des ILA et d'étudier le profil bactériologique des germes en causes.

Méthode : Nous avons effectué une étude prospective observationnelle menée sur une période de 14 mois. L'étude a inclus les patients cirrhotiques présentant une décompensation aiguë de leur cirrhose et admis dans le Service de Gastro-entérologie de l'Hôpital Charles Nicolle. Toutes les caractéristiques démographiques et clinico-biologique de ces sujets ont été relevées. Une paracentèse associée à une étude bactériologique a été également pratiquée lors de chaque épisode de décompensation.

Résultat : Durant la période de l'étude 108 cirrhotiques ont été inclus. L'ILA a été diagnostiquée dans 23 cas soit chez 21,2% des patients admis. Dans le groupe d'ILA, il existait une prédominance féminine (sex-ratio : 4/5) et une moyenne d'âge égale à 62 ans. Le syndrome oedématoascitique était le motif de consultation le plus fréquent (26%). L'ILA, était communautaire dans 54,2% et lié aux soins dans 32,5% des cas. Chez trois patients l'ILA était nosocomiale. Les BGN étaient les germes les plus isolés (72% des cas) et Les Cocci gram positif étaient moins incriminés dans la survenue de l'ILA. L'Escherichia coli était de type sauvage dans 58% des cas et productrice de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE) dans 50% des cas. Les bactéries de type cocci gram positif étaient représentées essentiellement par les Staphylocoques, tous sensibles à la méticilline (Méti-S). L'Enterococcus faecium résistant à la vancomycine a été isolé chez un patient. L'antibiothérapie reposait essentiellement sur les céphalosporines de 3^{ème} génération (47,8%) et elle était efficace dans 93% des cas. La mortalité était de 21,8% dans notre série. Les facteurs associés aux décès dans notre étude étaient un score Child Pugh élevé, un score MELD Na élevé, une insuffisance rénale, une encéphalopathie et le caractère nosocomial et associé aux soins de l'infection.

Conclusion : L'écologie bactérienne de notre service reste en faveur des BGN qui sont encore sensibles dans la moitié des cas. Les cocci gram positifs sont minoritaires et sont dominés par le staphylocoque méticilline sensible.

P 066 : LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS LA RÉANIMATION DE L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE MÉDENINE EN 2018

Auteurs : H. Bouchaïra, L. Benalaya, M. Yahya, O. Bouhamed, R. Zoubeidi, A. Bouzid, M. Bouabid

Service : Hôpital universitaire de Médenine, service d'anesthésie-réanimation

Introduction : Les infections nosocomiales (IN) représentent de plus en plus un problème de santé publique vu l'incidence accrue de cette entité, le coût social de sa prise en charge et la morbi-mortalité qu'elle engendre.

Objectif : • Détecter l'ampleur et les caractéristiques des infections nosocomiales dans le service de réanimation de Médenine • Déduire les mesures préventives nécessaires

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur une durée de 12 mois (allant du 1^{er} janvier jusqu'au 31 Décembre 2018) dans le service de réanimation du CHU Habib Bourguiba de Médenine incluant 389 patients ayant dépassé 48h de séjour dans le service durant cette période.

Résultat : Parmi les 389 malades admis durant la période d'étude et ayant dépassé 48h au service, 33 patients ont présenté une infection nosocomiale soit une incidence de 8,48%. L'âge moyen de ces patients a été de 52 ans avec des extrêmes allant de 5 à 88 ans. La tranche d'âge supérieure à 60 ans a été la plus touchée par les infections nosocomiales (42,42%). Vingt-neuf (87,87%) de nos malades ont été sous ventilation mécanique avec une durée moyenne de 11,16 jours. La durée moyenne d'hospitalisation a été plus longue chez les patients infectés (15,51 jours versus 5,07 jours chez les non infectés). La grande majorité des infections étaient pulmonaires à 96,7% (figure1), avec une prédominance de l'*Acinetobacter baumannii* à 51,51% suivie du *Klebsiella pneumoniae* à 27,27% (figure2). Dans notre série, le taux de mortalité a été de 48,48% (16 décès contre 17 survies).

Conclusion : La prévalence importante des pneumopathies nosocomiales dans notre réanimation, nécessite des mesures urgentes de prévention se basant essentiellement sur la lutte contre le manu portage et les mesures d'isolement.

Figure1: Répartition des sites d'infections

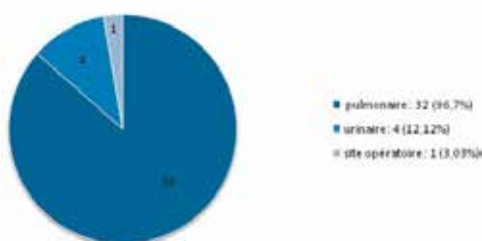
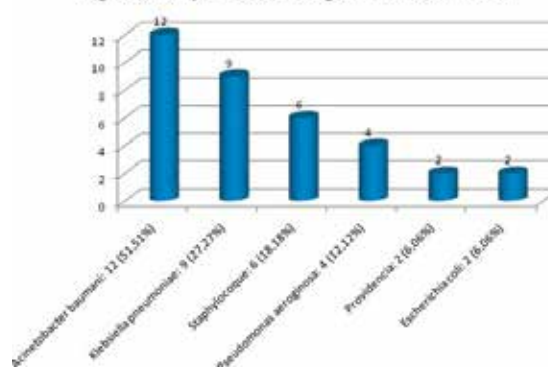


Figure2: Répartition des germes incriminés



P 067 : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES SUJETS AGES INFECTES ADMIS AUX URGENCES

Auteurs : R. Boubaker, Kh. Zaouche, A. Mghirbi*, M. Kilani, Y. Yahya, R. Baccouche, H. Maghraoui, Y. Gharbi, M. Moudhaffer, K. Majed

Service : Service des urgences La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : La présentation clinique du sujet âgé infecté admis aux urgences est souvent atypique et particulière. Elle impose aux praticiens une approche syndromique exhaustive avec une rationalisation de la demande des examens complémentaires.

Objectif : décrire les particularités cliniques, paracliniques et évolutives de l'infection chez les sujets âgés pris en charge aux urgences.

Méthode : C'était une étude rétrospective, descriptive, sur 2 mois, incluant les patients âgés de 65 ans et plus admis aux urgences pour une infection suspectée ou documentée. On a exclu les patients avec des données manquantes aux dossiers.

Résultat : soixante patients ont été colligés. L'âge moyen était de 77 ± 8 ans avec un sex-ratio à 1,54. Les facteurs de risque cardiovasculaires étaient les antécédents les plus fréquemment retrouvés (83,6%). Une symptomatologie respiratoire infectieuse et une fièvre étaient les deux motifs de consultation dans respectivement 50,8% et 34,4%. À l'admission, 72,1% des patients étaient apyrétiques et 67,2% avaient au moins une détresse vitale. Les patients présentaient un sepsis dans 72,1% des cas et un état de choc septique dans 27,9% des cas. Une glycémie supérieure à 1,4 g/l a été retrouvée chez 49,2% des patients. 42,6% des patients avaient une Créatininémie supérieure à 20mg/l. Une cardiopathie septique a été retenue chez 31,8% des patients. Une acidose métabolique à trou anionique élevé dépassant 22 mmol/l a été retrouvée chez 57,1% patients. Le diagnostic retenu était une infection respiratoire (52,5%), suivie par l'infection urinaire (31,2%). Le diagnostic retenu n'était pas concordant avec le motif de consultation dans 54,1% des cas indépendamment de la porte d'entrée. Les patients ont été pris intégralement à l'UHCD dans 49,2% des cas et le taux de transfert vers les autres services était de 14,8%. On a eu recours à la ventilation mécanique chez un malade et à la ventilation non invasive chez 9 malades (9%). La durée moyenne de séjour à l'UHCD était de 66,7 heures, 70,4% des patients y ont séjourné plus de 24 heures. La mortalité intra hospitalière était de 36,1%.

Conclusion : L'infection du patient âgé touche des patients ayant des antécédents médicaux lourds, le tableau clinique est souvent atypique avec absence de fièvre dans la majorité des cas. L'infection des âgés admis aux urgences est grave et grevée d'une mortalité élevée.

P 068 : PROFIL BACTÉRIOLOGIQUE ET SENSIBILITÉ AUX ANTIBIOTIQUES DES BACTÉRIES ISOLÉES AU COURS DES SEPTICÉMIES EN RÉANIMATION

Auteurs : M.Talbi *, M. Marzouk, M. Haj Ali, Y. Ben Salem, J. Boukadida

Service : Laboratoire de Microbiologie - UR12SP34- CHU Farhat Hached Sousse- TUNISIE

Introduction : Les septicémies nosocomiales sont associées à une morbidité et une mortalité élevée avec une prolongation du séjour en réanimation

Objectif : Le but de notre travail est de présenter les aspects épidémiologiques et bactériologiques des septicémies aux unités de soins intensifs (USI) de notre CHU.

Méthode : Etude rétrospective menée sur 4 ans (2015-2018), portant sur toutes les bactéries isolées au laboratoire de microbiologie du CHU Farhat Hached, à partir d'hémocultures positives provenant des USI. L'identification bactérienne a été réalisée selon les techniques conventionnelles. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée selon les recommandations de l'EUCAST- CASFM.

Résultat : Sur un total de 251 hémocultures positives, provenant des USI, les bactéries isolées étaient essentiellement des bacilles à Gram négatif (74%) dominés par *Acinetobacter baumannii* (32%) et *Klebsiella pneumoniae* (31%). Les cocci à Gram positif (26%) dominés par les staphylocoques à coagulase négative et *S.aureus* (30%). Concernant la sensibilité aux antibiotiques, *A.baumannii* était résistant dans 100 % des cas à la ceftazidime et à l'imipénème, 91 % à la gentamicine et 32% à la tigécycline. Une seule souche résistante à la colimycine a été isolée. Pour *Klebsiella pneumoniae* la résistance au céfotaxime était (50%) et à l'imipénème (11%). *S.aureus* était méti-résistant dans 38% des cas, et résistant aux glycopeptides dans 2 cas

Conclusion : La fréquence des bactéries multi-résistantes responsables des septicémies en milieu de réanimation semble importante dans notre hôpital. *A.baumannii* demeure la bactérie la plus isolée avec des taux de résistance alarmants.

P 069 : PARTICULARITE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES A BACILLES GRAM NEGATIF NON FERMENTANTS DANS UNE UNITE DE REANIMATION

Auteurs : D.Drira*, B.Trabelsi, R.Ounalli, M.Ben Ali

Service : Hôpital Universitaire Mohamed Taher Maamouri, Service d'Anesthésie-Réanimation

Introduction : Les bacilles Gram négatif non fermentants (BGN-NF) constituent une famille hétérogène de bactéries ubiquitaires opportunistes, de plus en plus responsables d'infections nosocomiales dans les services de réanimation. La gravité de ces infections est essentiellement due à l'émergence de souches multi-résistantes.

Objectif : L'objectif de notre étude était d'évaluer l'épidémiologie locale et le niveau de résistance aux antibiotiques des BGN-NF isolés dans un service de réanimation médico-chirurgicale.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective mono-centrique menée sur une période d'une année du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 dans le service de réanimation polyvalente de l'hôpital universitaire Mohamed Taher Maamouri. Nous avons inclus tous les patients âgés de plus de 18 ans, et qui ont présenté au moins un épisode infectieux, survenu après au moins 48h de l'admission, correspondant à un prélèvement bactériologique positif à un BGN-NF non répétitif. L'identification des souches isolées a été réalisée par les méthodes microbiologiques standards et l'antibiogramme selon les recommandations de la CA-SFM.

Résultat : Parmi les 407 patients admis dans le service de réanimation pendant la période d'étude, 46 ont présenté au moins une infection nosocomiale due à un BGN-NF. L'âge moyen des patients était de $45,6 \pm 18,1$ ans. Le sex ratio était de 10/1. Le polytraumatisme était le principal motif d'admission (69,3%). Cent et une souches ont été isolées. *Pseudomonas aeruginosa* et *Acinetobacter baumannii* étaient les 2 germes les plus fréquents, isolés respectivement dans 61,4% et 27,7% des cas. Les souches de *Pseudomonas aeruginosa* (n=62) étaient isolés à partir de prélèvements respiratoires invasifs (prélèvement distal protégé et lavage broncho-alvéolaire) dans 48,4% des cas, d'examen cyto-bactériologiques des crachats dans 16,1% des cas et d'hémocultures dans 9,7% des cas. Globalement, le *Pseudomonas aeruginosa* était résistant à la Ticarcilline dans 42,1%, résistant à la Ceftazidime dans 55%, résistant à la Pipéracilline-tazobactam dans 23,7% et résistant à l'Impénème dans 37,1% des cas. Et il était sensible à la Ciprofloxacine dans 48,9% et sensible à l'Amikacine dans 52,5% des cas. Les isolats d'*Acinetobacter baumannii* (n=28) correspondaient essentiellement à des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (64,3%). L'antibiogramme des souches *Acinetobacter baumannii* a montré une résistance totale aux Fluoroquinolones, aux Aminosides et aux Bêta-lactamines des groupes pénames et cephèmes (céphalosporines de 3^{ème} génération). La résistance à l'Impénème était de 96,4% des cas. L'*Acinetobacter baumannii* était sensible à la Fosfomycine et à la Colimycine dans 100% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation dans cette série était de $42,9 \pm 28,8$ jours, et la mortalité globale était de 47,5%.

Conclusion : Nos résultats ont montré un taux alarmant d'antibio-résistance des BGN-NF, particulièrement aux B-lactamines. Une stratégie nationale basée sur la prévention devrait être mise en place dans les services de réanimation, afin de limiter la propagation de ces souches multi-résistantes.

P 070 : ETUDE D'INCIDENCE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS ET IMPACT PRONOSTIC

Auteurs : R.Ammar, F.Zouari*, A.Bouattour, N.Baccouche, Ch.ben Hamida, M.Bahloul, H.Chelly, M.Bouaziz

Service : Service de réanimation polyvalente de CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction : Les infections associées aux soins (IAS) représentent un problème majeur aux unités de soins intensifs puisqu'ils sont associés à une durée d'hospitalisation élevées, un surcoût et un taux de mortalité élevée.

Objectif : L'objectifs de notre étude a été de déterminer l'incidence des IAS et ces aspects cliniques afin d'identifier les facteurs de risque.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive longitudinale d'incidence incluant les patients ayant dépassés 48 heures d'hospitalisation dans le service de réanimation polyvalente à l'hôpital Habib Bourguiba de Sfax sur une période d'une année allant de 01/02/2019 jusqu'au 31/05/2019.

Résultat : L'enquête a porté sur 136 patients dont l'âge moyen a été 48,37±20 ans (4 à 90 ans) et le sex ratio a été de 2,31. La moyenne de score de SAPSII à l'admission a été de 33,5 points±16,22. La moyenne de score de SOFA à l'admission a été de 6,89 points±3,98. La médiane de séjour en réanimation a été de 9 jours (2-80). Nous avons identifié 103 épisodes d'infections nosocomiales chez 56 malades soit un taux d'incidence cumulé de 41,17/100 patients exposés. La densité d'incidence a été de 30,43 infections pour 1000 jours d'hospitalisation. On a notifié une nette prédominance des pneumopathies avec une incidence de 38,83%, suivies des infections urinaires de 21,35%, des infections liées au cathétérisme veineux central 15,53%, bactériémie 16,3%, méningite 6,7% et des infections du site opératoire de 1,9%. Le taux de mortalité parmi les enquêtés a été de 26,5% avec une différence significative entre les patients infectés et ceux non infectés ($p=0,041$). Les micro organismes ont été des BGN dans 80% des cas.

Conclusion : L'incidence des IAS peut être diminuée si les mesures de prévention sont prises.

P 071 : BACTEREMIE AUX URGENCES

Auteurs : Makoudi M, Boudir Y, Ghoumid Z, Hamzaoui H, Aboulhassan T

Service : CHU Mohamed 6 Marrakech, Service d'accueil des urgences

Introduction : Les bactériémies représentent une affection grave et sont grevées d'une morbi-mortalité élevée. Le diagnostic est souvent retardé du fait des modalités diagnostiques (positivité des hémocultures). Nous nous sommes intéressés sur une cohorte de sujets bactériémiques des urgences aux facteurs prédictifs de décès à 28 jours.

Objectif : Le but de notre étude était de recueillir les facteurs prédictifs de décès à 28 jours chez des sujets bactériémiques au niveau des urgences.

Méthode : Nous avons conduit une étude rétrospective sur une période de 2 ans. Nous avons utilisé les données du logiciel de microbiologie pour sélectionner les sujets. Les dossiers ont tous été revus afin de retenir ou non le diagnostic de bactériémie vraie et de colliger les données (démographiques, clinico-biologiques et celles concernant la prise en charge)

Résultat : Nous avons inclus 138 épisodes bactériémiques. L'âge > 65 ans, l'indice de Charlson >4, les critères de sepsis et de choc septique, l'insuffisance cardiaque, l'hypothermie et une PAM < 65mmHg étaient associés à une surmortalité dans l'analyse univariée ($p<0.05$), avec des odds ratio (OR) les plus marqués pour le choc septique (OR=20), le sepsis (OR=11) et le profil hypothermique ($T^{\circ}<36^{\circ}C$, OR =6). Les éléments de prise en charge (délai d'antibiothérapie et chirurgie), le type de germe, le site infectieux, le caractère communautaire ou associé aux soins et l'immunodépression ne ressortaient pas comme associés à la mortalité. En multivariée, le choc septique restait l'élément le plus péjoratif (OR=20, $p<0.001$). Un score de Charlson > 4 (OR=4, $p=0.001$), les infections des tissus mous (OR=4, $p=0.032$) et le profil thermique étaient également, mais de manière moins importante, significativement associés à une surmortalité. La fièvre était protectrice (OR=0,3, $p=0.011$) alors que l'hypothermie était à la limite de la significativité (OR=3, $p=0.054$). Une PAM < 65 mmHg n'était plus significative dans l'analyse multivariée.

Conclusion : Des éléments rationnels sont retrouvés comme associé à la mortalité chez nos sujets bactériémiques. Les anciens critères de définition des états septiques restent associés, dans notre étude, à la mortalité. Nous soulignons également le courroux des sujets polymorbides. Alors que dans notre modèle nous ne parvenons pas à montrer la surmortalité pourtant.

P 072 : FACTEURS DE RISQUES DE SURVENUE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS : ETUDE ANALYTIQUE DE 188 CAS

Auteurs : R.Ammar, F.Zouari*, K.Bouchaala, M.Yousfi, M.Bahloul, Ch. Ben Hamida, H.Chelly, M.Bouaziz

Service : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : Les infections associées aux soins (IAS) constituent un problème majeur de santé publique. La survenue d'une IAS est secondaire à plusieurs facteurs de risques.

Objectif : Rechercher les facteurs de risque de survenue des IAS.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive longitudinale d'incidence incluant les patients ayant dépassés 48 heures dans le service de réanimation polyvalente à l'hôpital Habib Bourguiba de Sfax sur une période de 5 mois.

Résultat : Nous avons inclus 188 patients. Quarante-vingt-quatre (84) patients ont présenté une IAS. On a recueilli 162 épisodes d'IAS. Le taux d'incidence cumulée des IAS a été de 44,68/100 patients exposés. La densité d'incidence a été de 30,36 infections /1000j

d'hospitalisation. Les facteurs de risques associés à la survenue d'IAS ont été le sexe ($p=0,47$), l'utilisation de catécholamines ($p=0,000$), une intervention chirurgicale durant séjour ($p=0,000$), la dénutrition ($p=0,000$), l'utilisation d'antibiotique à large spectre ($p=0,000$), l'intubation ($p=0,000$), la trachéotomie ($p=0,000$), la ré intubation ($p=0,003$), l'alimentation parentérale ($p=0,006$), l'âge ($p=0,000$) et la durée de séjour en réanimation $>7,5$ jours ($p=0,000$).

Conclusion : Les IAS représentent un important indicateur de la qualité des soins. La connaissance des facteurs de risque permet de prévenir sa survenue.

P 073 : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTS INFECTES ADMIS AUX URGENCES

Auteurs : R. Dhaoudi*, R. Boubaker, N. Nahdi, Kh. Zaouche, M. Kilani, A. Mghirbi, R. Baccouche, Y. Yahya, H. Maghraoui, M. Moudhaffer, A. Ben Hamida, K. Majed

Service : Service des urgences La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : La mortalité liée au sepsis reste élevée aux services des urgences. L'identification et la précocité du traitement des patients infectés jouent un rôle primordial dans l'amélioration du pronostic vital.

Objectif : décrire le profil épidémiologique des patients infectés pris en charge aux urgences la Rabta.

Méthode : C'était une étude rétrospective, descriptive, incluant 150 patients admis aux urgences la Rabta pour une infection suspectée ou documentée. Nous n'avons pas inclus les patients avec des données manquantes au dossier médical.

Résultat : Cent cinquante patients ont été colligés. L'âge moyen était de 60 ± 18 ans avec un sex-ratio à 1,23. Parmi les 150 patients infectés, 38% étaient hypertendus, 21% étaient diabétiques et 8% étaient insuffisants rénaux. Pour le traitement en cours, 5 patients étaient sous chimiothérapie et 2 patients sous corticothérapie. La fièvre, la dyspnée et l'altération de l'état de conscience étaient les 3 motifs de consultation les plus fréquents avec un respectivement 50%, 36% et 30,7% des cas. A l'admission, 50% des patients étaient fébriles avec un Q SOFA ≥ 2 dans 56% des cas. Les patients présentaient un sepsis dans 88% des cas et un état de choc septique dans 12% des cas. Une acidose métabolique a été objectivée dans 33,3% des cas, 38,6% des patients avaient une insuffisance rénale avec une créatinine sanguine ≥ 20 mg/dl, 21,3% une thrombopénie et 16% une cytolysé hépatique. Le diagnostic retenu était une infection respiratoire (38,6%) suivie par l'infection urinaire (28,6%) et neuroméningée (19,3%). Tous les patients ont été hospitalisés à l'UHCD et ont bénéficié d'une antibiothérapie probabiliste en IV dont 52% était une bithérapie. Le recours aux drogues vasoactives a été objectivé chez 14,6% des patients. La durée moyenne de séjour à l'UHCD était de 59h et la mortalité intra hospitalière était de 20%.

Conclusion : Les syndromes septiques sont toujours grevés d'une mortalité importante. L'identification des maladies à risque d'évolution défavorable associée à une intervention thérapeutique adaptée pourrait améliorer le pronostic.

P 074 : LE TÉTANOS : ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE SUR 9 ANS

Auteurs : Slim Amri/ Hela Maamouri/ Meriem Fatnassi/ Nozha Brahmi

Service : Service de réanimation médicale et toxicologique/ CAMU Tunis Résumé :

Introduction : Le tétanos est une maladie à déclaration obligatoire en Tunisie. Depuis les campagnes de vaccination du début des années soixante, la fréquence du tétanos a nettement diminué.

Objectif : le but de ce travail était d'évaluer les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du tétanos pris en charge dans un service de réanimation de Tunis.

Méthode : Nous avons menée une étude rétrospective, monocentrique des patients présentant un tétanos admis au service de réanimation polyvalente du centre Mahmoud Yâacoub d'Assistance Médicale Urgente et de Réanimation sur une période de neuf ans de janvier 2000 à septembre 2019. Les données démographiques, cliniques, la durée de ventilation et la durée de séjour et les éléments pronostiques ont été recueillis.

Résultat : Au total, 11 cas ont été inclus. L'âge médian était de 52 ans [23-86]. Le sex ratio était de 2,3. Les scores de gravité médians étaient respectivement de 16,5 [9-25] et de 6,10 [3-12] pour les scores IGSI et APACHE. Tous les patients n'avaient pas été vaccinés au cours des quinze dernières années. Nous avons constaté que 8 patients avaient une situation économique précaire et vivaient dans des zones rurales. Le niveau d'éducation était clairement faible, allant du primaire dans 7 cas aux études secondaires dans quatre cas. Un patient était un toxicomane avec des habitudes d'automutilation, deux étaient hypertendus et un patient était diabétique. Le point d'entrée a été identifié chez 10 patients (90%) : deux avaient une blessure au cuir chevelu, les autres au niveau des membres. Les plaies étaient accidentelles chez 10 patients et un patient avait une automutilation. Aucun patient n'a pris de sérum antitétanique dans les 48 heures suivant la lésion. Le score de Dakar était de 1,79 [0-4]. La durée moyenne d'incubation était de 8,09 jours [5-16] avec une durée d'invasion de 3 jours [1-6]. Tous les patients ont présentés un trismus et seulement 4 cas avaient présentés un opisthotonos (36%). Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 9 patients (81%) et seuls quatre d'entre eux ont été trachéotomisés. Le diazépam était la molécule de choix et de première ligne. L'adjonction du phénobarbital était nécessaire chez 8 patients et du lorésal dans 3 patients administrés par voie orale. Les curares ont été administrés via des bolus chez les patients ventilés devant la persistance des paroxysmes. La durée moyenne de l'hospitalisation était de 17,45 jours [2-37]. Les principales complications étaient : le choc septique dans 7 cas (dont la porte d'entrée étaient : pulmonaire dans 6 cas et une infection liée au cathéter dans un cas), un pneumothorax dans un cas et une escarre sacrée chez quatre patients. Le taux de mortalité était de 45% ($n = 5$).

Conclusion : Le tétanos est une maladie rare malgré les efforts déployés en matière de vaccination. La majorité des cas signalés au cours des deux dernières décennies semblent être liés à la précarité. La mortalité intrahospitalière reste élevée malgré les progrès réalisés dans les unités de soins intensifs.

P 075 : FULMINANT LEPTOSPIROSIS: A CASE REPORT

Auteurs : R.Toumi*, K.Meddeb, E.Ennouri, W.Zarrougui, A.Triki, A.Baccari, T.Ben Ahmed, A.Hadhri, M.Boussarsar

Service : Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit

Introduction : Leptospirosis is a globally spread zoonotic disease. Weil's disease, the most severe form, is potentially fatal. The challenge is to suspect the diagnosis in front of nonspecific symptoms. The following represents two confirmed cases of Weil's disease.

Cas clinique : Two male patients with no medical history both presented at the emergency room for persistent fever at 41°C and myalgia. The first patient had hemoptysis and diffuse abdominal pain. The second patient presented confusion. Both patients developed jaundice, moderate acute respiratory failure with diffuse crackling, acute renal failure with high proteinuria that required a session of hemodialysis for the first patient, cholestasis, hepatic cytolysis, pancreatitis and autoimmune hemolytic anemia, the second patient also developed a coma. Findings revealed alveolar hemorrhage in both patients that was documented by a thoracic CT scan showing a diffuse aspect of crazy paving. Both patients had no contact with animals and denied recent travel and contact with sick people. Infectious origin was suspected indicating empiric antibiotics (Imipene, Amikacine, Ofloxacin and Ampicillin). A Good Pasture's disease was evoked in front of pneumorenal syndrome. Serologic testing for hepatitis B, Epstein Barr Virus, Cytomegalovirus, Varicella-Zona Virus, enterovirus, Parvovirus B12, Herpes Simplex Virus, West Nile Virus, Chlamydia, Mycoplasma, Legionella, Pneumococcus, Brucella, Rickettsiosis and PCR for influenza were negative, levels of C3 and C4, AntiNeutrophil Cytoplasmic Antibodies and AntiNuclear Antibodies were negative. Leptospirosis testing were positive for both patients with IgM (ELISA) >1/6400 for both patients. Evolution was marked by normalization of respiratory and neurological states, the second patient was extubated at day 7, liver and kidney functions were normalized by day 6 for both patients. A late follow up by telephone one month after discharge confirmed the perfect recovery of both patients.

Conclusion : Even though these cases presented classic Weil's syndrome manifestation attested by a pneumorenal syndrome associated to hepatic dysfunction, the diagnosis was challenging in front of a variety of differential diagnosis that could be initially evoked in front of such presentation.

P 076 : INFECTION IN SERIOUS BURNS IN ICU AT MOHAMED VI UNIVERSITY HOSPITAL OF MARRAKECH

Auteurs : R. El Hadrami, Z. Abjaw, H. El Hamzaoui, T. Abouelhassan

Service : Departement of anesthesiology and intensive care of Mohamed VI university hospital of Marrakech

Introduction : The prognosis of burns is often dependent on infectious complications. The infection in the burned person is responsible for more than 75% [1,2] of mortality, hence the need for the implementation of an adapted antibiotherapy.

Objectif : Describe the bacteriological profile of clinical isolates in severe burns hospitalized in intensive care units and describe the susceptibility to antibiotics of the incriminated bacteria

Méthode : Retrospective study carried out over a period of 18 months (January 2018 - JUNE 2019) in the service of surgical intensive care unit of the Mohammed VI University hospital of MARRAKECH. skin swabbing, hemocultures, culture of venous catheters, and microbiological examination of urine were the samples collected for this study

Résultat : From 120 samples processed in the laboratory, 63 non-redundant bacterial strains were identified. The average age of patients was 31 with a prevalence of infection of 52%. The infected sites were mainly skin in 47% of cases. Bacteremia was found in 40% of cases. The coagulase negative STAPHYLOCOCCUS dominated the bacteriological profile (32%) followed by enterobacteria (24%), STAPHYLOCOCCUS aureus (12.5%), ACINETOBACTER baumannii (11%) and PSEUDOMONAS aeruginosa (6.5%). In enterobacterial isolates, KLEBSIELLA pneumoniae was first (47%) followed by ENTEROBACTER cloacae (27%). In Enterobacteriaceae, resistance to C3G by production of an extended-spectrum betalactamase was 34% and 13% of the isolates showed decreased sensitivity to carbapenems. The ACINETOBACTER baumannii and Pseudomonas aeruginosa were the resistant imipenem respectively in 71% and 75% of cases. For vancomycin-resistant MRSA and Enterococci: No cases were reported in this series

Conclusion : a close collaboration between clinicians, microbiologists with evaluation of antibiotic consumption should be made, in order to reevaluate the antibiotic therapy protocols and adapt them to the flora of the service

P 077 : LES INFECTIONS INTRA-ABDOMINALES : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CARACTERISTIQUES CLINIQUES, FACTEURS PRONOSTICS

Auteurs : M.EL KAOURI, Z.GHOUMMID, Y.BOUIDIR

Service : CHU MOHAMMED VI, Service d'anesthésie-réanimation

Introduction : Les infections intra-abdominales (IIA) sont des urgences digestives les plus fréquentes et une des premières causes de choc septique.

Objectif : L'objectif du travail était de décrire les profils cliniques et bactériologiques des IIA en sepsis et/ou choc septique et déterminer les facteurs prédictifs de mortalité

Méthode : Quarante patients présentant une IIA associée à un sepsis et/ou choc septique ont été inclus en 2018 dans notre formation. Les profils cliniques, bactériologiques et thérapeutiques ont été colligés, ainsi que la mortalité au 28^{ème} jour

Résultat : Le taux d'infections communautaires est de 60% (n = 24/40). Les médianes respectives du score IGS-II à l'admission et du nombre de défaillances d'organe sont de 52 (40—58) et quatre (3—5). La mortalité au 28^{ème} jour est de 42,5 % (n = 17/40).

L'infection est documentée sur le plan bactériologique dans 77,5 % des cas (n = 31/40). Le taux de bactéries multirésistantes retrouvé est, respectivement, de 15% en communautaire et de 25% en nosocomial. L'antibiothérapie probabiliste était adaptée au germe isolé dans 60% des cas. Le seul facteur indépendant de mortalité à j28 est l'IGS-II à l'admission en réanimation.

Conclusion : Les IIA sont une urgence diagnostique et thérapeutique. La prise en charge est multidisciplinaire. L'amélioration du pronostic passe par une prise en charge précoce, adaptée et coordonnée. La mortalité en réanimation reste encore élevée.

P 078 : L'USAGE PRE-HOSPITALIER DES BETA-BLOQUANTS EST-IL BENEFIQUE POUR LES PATIENTS EN SEPSIS ?

Auteurs : T. Kharraz*, M. Modhaffar, N. Zaouak, H. Mhadhbi, W. Azaza, Y. Yahya, K. Zaouche, H. Maghraoui, K. Majed

Service : Service des Urgences, H. La RABTA

Introduction : La réponse de l'organisme au sepsis implique différents mécanismes dont l'activation du système nerveux sympathique, en particulier bêta-adrénergique. Ce dernier peut, paradoxalement, être à l'origine de dysfonctions d'organes fortement corrélés au taux de mortalité.

Objectif : Evaluer le pronostic des patients pris en charge pour pathologie septique grave aux urgences et qui sont sous bêta-bloquants au long cours, en comparaison à ceux qui n'en prennent pas.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective menée du 12 Juin 2018 jusqu'au 21 Janvier 2019. Nous avons inclus les patients admis en sepsis à l'UHCD des urgences de la Rabta. Les données ont été saisies et analysées au moyen du logiciel SPSS 20. Les patients ont été répartis en 2 sous-groupes selon qu'ils soient bêta-bloqués au long cours ou pas.

Résultat : 83 patients ont été inclus dans notre étude, parmi eux: 24 (29%) étaient sous bêta-bloquants au long cours et 59 (71%) n'étaient pas sous bêta-bloquants au long cours. En comparaison aux patients non bêta-bloqués, ceux qui étaient sous bêta-bloquants avaient globalement un terrain plus lourd avec une incidence plus élevée de co-morbidités à type d'hypertension artérielle, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance coronaire, d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) et d'arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA), avec une corrélation significative (Tableau 1). L'étude clinico-biologique des patients de notre échantillon n'a pas montré de corrélation significative entre les 2 sous-groupes. Ceci dit, les taux moyens des troponines ultra-sensibles et de la créatininémie étaient plus élevés chez les patients non traités par bêta-bloquants (Tableau 2). La mortalité intra-hospitalière n'était pas significativement différente pour les patients sous bêta-bloquants (41%) en comparaison à ceux qui n'en prenaient pas (28%) avec p=0,1 (courbe). La durée de séjour moyenne était de 57H pour les patients sous bêta-bloquants au long cours, et de 47H pour les patients non bêta-bloqués avec p=0,1.

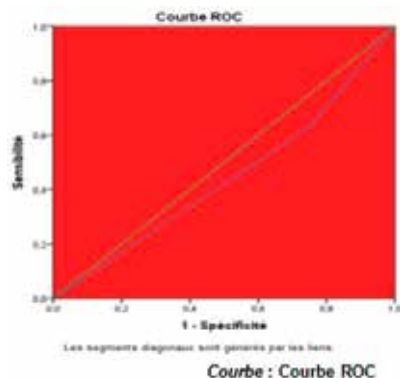
Conclusion : Selon notre étude, l'usage pré-hospitalier des bêta-bloquants, qui était associé à un profil de risque globalement lourd, n'était pas significativement corrélé à une présentation initiale plus rassurante ni à une évolution ultérieure plus favorable. D'autres études prospectives randomisées sont nécessaires.

Variables épidémiologiques	Patients sous bêta-bloquants	Patients non bêta-bloquants	Corrélation (p)
Sexe (masculin)	3/7	1/26	0,1
Sexe (féminin)	7/6	25/26	0,3
Age moyen	75 ans	67 ans	0,002
Diabète	33%	35%	0,5
Insuffisance cardiaque	33%	13%	0,04
Insuffisance coronaire	43%	7%	0,000
Insuffisance rénale	36%	15%	0,2
AVC	33%	12%	0,1
ACFA	33%	8%	0,003

Tableau 1: Comparaison des profils épidémiologiques entre les 2 sous-groupes de patients.

Variables clinico-biologiques moyennes	Patients sous bêta-bloquants	Patients non bêta-bloquants	Corrélation (p)
CRP	24 ppm	23 ppm	0,6
DAS	108 mmHg	105 mmHg	0,5
FC	96 bpm	87 bpm	0,3
SpO2	93	93	0,6
Ca ²⁺ ionisé	2,53 mmol/L	2,53 mmol/L	0,7
Procalcitonine	294 ng/L	720 ng/L	0,2
Créatininémie	227 µmol/L	49 µmol/L	0,09
Troponine T	221 µg/L	226 µg/L	0,5
Troponine I	174 µg/L	175 µg/L	0,4

Tableau 2: Comparaison des données clinico-biologiques entre les 2 sous-groupes de patients.



P 079 : ELECTROCARDIOGRAMME ET SEPSIS : INTERET PRONOSTIQUE

Auteurs : A. Achouri*, H. Mhadhbi, K. Zaouche, H. Maghraoui, R. Boubaker, K. Majed

Service : Hôpital la Rabta Tunis, Service des urgences

Introduction : L'électrocardiogramme (ECG) est un outil classique majeur dans la prise en charge du malade critique. Il contribue à l'évaluation étiologique de l'état hémodynamique au lit du malade. Ceci laisse à penser de la valeur pronostique de l'ECG dans le sepsis.

Objectif : Etudier la valeur pronostique des différentes anomalies de l'ECG au cours du sepsis.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective observationnelle dans le service des urgences sur une période de 6 mois. Nous avons inclus tout patient âgé de plus de 18 ans admis aux urgences pour sepsis. Pour chaque patient, nous avons noté les données de l'ECG pratiqué à l'admission. Nous avons exclu les patients avec un sus-décalage du segment ST. Le critère de jugement principal était la mortalité intra-hospitalière.

Résultat : Nous avons colligé 119 patients. L'âge moyen était 65 ans \pm 15 avec des extrêmes de 18 et 94 et 69 (57%) patients étaient de sexe masculin. Les antécédents étaient dominés par : l'hypertension artérielle (49,6%), le diabète (40,3%), l'insuffisance rénale chronique (18,5%) et la coronaropathie 15,1%. Le rythme régulier sinusal était présent chez 84% des patients. Les anomalies ECG les plus retrouvées étaient : les troubles du rythme chez 17,6% des cas, les troubles de la conduction dans 19,3% des cas et les troubles de la repolarisation chez 31,9% patients. La mortalité intra-hospitalière était de 31,1%. Un rythme sinusal était protecteur et réduisait la mortalité intra-hospitalière de 75% ($p = 0,006$, OR = 0,256, IC 95% = [0,093-0,705]). Les troubles du rythme et de la repolarisation augmentaient significativement la mortalité intra-hospitalière de 3 fois (respectivement : $p=0,02$, OR=3,046, IC 95%= [1,159-8,009]; $p=0,009$, OR=2,937; IC 95%=[1,296-6,657]). Cependant, il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre les troubles de la conduction et la mortalité intra-hospitalière ($p=0,940$).

Conclusion : Les anomalies constatées à l'ECG de l'admission apportent une valeur pronostique dans la prise en charge du sepsis. Ceci souligne l'importance de l'ECG comme étant un outil aussi bien diagnostique que pronostique.

P 080 : VALEUR DE L'EXAMEN CLINIQUE DANS LE SEPSIS

Auteurs : A. Achouri*, H. Mhadhbi, K. Zaouche, H. Maghraoui, R. Boubaker, K. Majed

Service : Hôpital la Rabta Tunis, Service des urgences

Introduction : La nouvelle définition du sepsis s'appuie sur des éléments biologique. Cependant l'examen clinique garde une importance capitale dans la décision diagnostique et thérapeutique.

Objectif : montrer l'importance de l'examen clinique.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective observationnelle au service des urgences sur une période de 6 mois. Nous avons inclus tout patient âgé de plus de 18 chez qui le diagnostic d'un sepsis a été retenu (selon la définition sepsis-3). Pour chaque patient, nous avons enregistré les éléments cliniques et biologiques.

Résultat : Nous avons colligé 119 patients. L'âge moyen était 65 ans \pm 15 avec des extrêmes de 18 et 94 et 69 (57%) patients étaient de sexe masculin. Les antécédents étaient dominés par : l'hypertension artérielle (49,6%), le diabète (40,3%), l'insuffisance rénale chronique (18,5%) et la coronaropathie 15,1%. La décès intra-hospitalier parvenait chez 31,3% des patients. Les éléments cliniques présentant une liaison significative avec la mortalité intra-hospitalière étaient : La saturation pulsée en oxygène (SpO₂), $p=0,032$, la pression artérielle systolique (PAS), $p=0,015$, la pression artérielle diastolique (PAD), $p=0,004$ et score de Glasgow (GCS), $p=0,002$, les signes de lutte respiratoire (tirage) chez 42,8% des patients, $p=0,004$, les marbrures cutanées chez 10,9% des patients, $p=0,002$, et la froideur des extrémités chez 15,1% des patients, $p<0,001$. L'analyse du risque montre que la présence des signes de lutte respiratoire à l'admission augmente la mortalité intra-hospitalière 3 fois, l'odds ratio (OR) était à 3,168; les marbrures cutanées et la froideur des extrémités augmentaient la mortalité de 6 fois, OR=6,268 et OR=6,08 respectivement.

Conclusion : Les signes cliniques constituent des indicateurs pronostique de valeur importante en plus d'être la base du raisonnement diagnostique et thérapeutique dans le sepsis.

P 081 : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTS EN ETAT SEPTIQUE AU SERVICE DES URGENCES

Auteurs : H.Gnena*; H.HEDHLI;A.Zoubli; M.Khasskhoussi;M.Naija;A.Maarref;R.Hamed

Service : hopital Charles Nicole de Tunis service des urgences

Introduction : Le sepsis et l'état de choc septique constituent un motif d'hospitalisation très fréquent aux urgences. La mortalité demeure encore très élevée malgré une optimisation des moyens thérapeutiques.

Objectif : Le but de notre étude était d'étudier le profil épidémiologique des patients en état septique admis dans le service d'accueil des urgences.

Méthode : Etude prospective observationnelle étendue sur une période de 8 mois (janvier-août 2019). Inclusion des patients âgés plus de 18 ans, admis pour sepsis ou état de choc septique dont le diagnostic a été établi selon la définition du surviving sepsis campaign 2016. Recueil des données épidémiologiques, biologiques et pronostiques.

Résultat : Cent-sept patients ont été inclus. L'âge moyen était de 63 ans \pm 17 avec un sex-ratio = 1,7. Les comorbidités les plus fréquemment retrouvées étaient (%) : Diabète (47); l'HTA (41) et l'insuffisance rénale (17). Le motif de consultation était majoritairement représenté par la fièvre dans 43% des cas suivie des douleurs abdominales dans 19,6%. La porte d'entrée la plus fréquente était urinaire dans 46,7% suivie de l'origine pulmonaire dans 24,3%. Il s'agissait d'un état de choc septique dans 15,9%. Le QSOFA et le SOFA score étaient inférieurs ou égaux à 2 dans 88% et 22% des cas respectivement. La mortalité intra hospitalière était de 28%.

Conclusion : La précocité de prise en charge des patients admis en état septique conditionne le pronostic. La détection précoce dès leur arrivée aux urgences permet d'améliorer leur devenir.

P 082 : ANTIBIOTIQUES DANS LES EXACERBATIONS DE BPCO : SURPRESCRIVONS NOUS AUX URGENCES ?

Auteurs : M. Makoudi, Y. Bouidir, N. Tajellijiti, M. Elkdadra, F. Moussaid, T. Abooulhassan

Service : CHU Mohamed 6 Marrakech, Service d'accueil des urgences *Resumé :*

Introduction : L'exacerbation aigue de bronchopneumopathie chronique obstructive est un motif fréquent de consultations aux urgences. Ces événements sont associés à un risque de décès et de détérioration de la fonction pulmonaire. La difficulté réside dans l'identification des patients présentant une surinfection bactérienne nécessitant une antibiothérapie.

Objectif : Le but de notre étude d'évaluer le taux d'adhérence aux recommandations de prescription d'une antibiothérapie dans un service d'urgences adultes.

Méthode : Etude rétrospective de deux ans des dossiers des patients admis aux urgences pour exacerbation aigue de BPCO.

Résultat : 47% des antibiothérapies prescrites étaient conformes aux recommandations avec 49% de sur-prescription. Les facteurs de sur-prescription significatifs ($p < 0.05$) étaient un âge supérieur à 75 ans, l'institutionnalisation, une température corporelle supérieure à 38,5°C, une hyperleucocytose et une élévation de la CRP ainsi qu'un statut GOLD inférieur à III

Conclusion : Cette étude retrouve un niveau moyen d'adhésion aux recommandations de prescription d'antibiothérapie. Il met en évidence que les marqueurs inflammatoires, non recommandés dans l'indication d'une antibiothérapie, sont largement utilisés et facteurs de sur-prescription. Des recommandations incluant des critères de décision tenant compte de la sévérité clinique de l'exacerbation pour la prescription d'une antibiothérapie pourraient limiter le risque de surprescription.

P 083 : FACTEURS DE RISQUE ET PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES PNEUMOPATHIES NOSOCOMIALES DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION

Auteurs : Y. Bouidir, N. Tajellijiti, M. Makoudi, M. Kaouri, F. Moussaid, H. Aitbahssain, Y. Elourdi, M. Khallouki

Service : Hôpital Ibn Tofail CHU Mohammed VI service de réanimation chirurgicale

Introduction : Les pneumopathies nosocomiales sont la deuxième cause d'infection nosocomiale en réanimation. Elles posent des problèmes diagnostiques, thérapeutiques et économiques lourds et augmentent le risque de décès par l'augmentation de la durée de séjour en réanimation.

Objectif : Déterminer le profil bactériologique des prélèvements de suspicion de pneumopathies nosocomiales Analyser les facteurs de risque Déterminer la résistance aux antibiotiques des germes

Méthode : étude rétrospective descriptive et analytique qui portait sur tous les patients hospitalisés en service de réanimation ayant présentés une PNAVM sur une période de 1 an au niveau du service de réanimation de l'hôpital Ibn Tofail.

Résultat : Dans notre contexte, les bacilles à gram négatif restaient les germes les plus fréquemment isolés avec prédominance d'*Acinetobacter baumannii*. Les cocci à gram positif viennent en 2^{ème} Le taux de résistance des souches isolées était élevé. 95,7% d'*Acinetobacter baumannii* était résistants à l'imipénème. Les souches d'entérobactéries isolées étaient résistantes à l'association amoxicilline - acide clavulanique dans 53,3% des cas, aux C3G dans 30,7 % des cas, à l'imipénème dans 2,7 % des cas, 1,4% pour l'amikacine et 41,7% pour le cotrimoxazole. La résistance du *Staphylococcus aureus* était de 4% vis-à-vis la pénicilline M et diminuée par rapport aux autres antibiotiques. position représentés par le *Staphylococcus aureus*. Dans 69% des cas, il s'agit d'une infection polymicrobienne. L'émergence de la résistance aux antibiotiques d'ultime recours en thérapeutique définit les bactéries multirésistantes. Ces dernières ont été isolées dans 38% des cas. L'ABRI était l'agent pathogène multirésistant le plus isolé. La co-résistance élevée aux autres familles d'antibiotique laisse peu de chance thérapeutique. Une évolution défavorable était retrouvée dans 60% des cas chez les patients ayant eu la pneumopathie nosocomiale aux bactéries multirésistantes. Les facteurs de risque retrouvés qui jouent un rôle dans l'acquisition de PN à BMR étaient : un âge entre 36 ans et 45 ans, une durée d'hospitalisation entre 10 et 20 jours, la présence une comorbidité, image radiologique évocatrice de PN et une antibiothérapie à large spectre.

Conclusion : Il apparaît à la lumière de ce travail que la bonne gestion de prescription des antibiotiques, l'application stricte des mesures d'hygiène et d'asepsie ainsi que la surveillance des résistances au sein de chaque service de réanimation s'avèrent nécessaire pour la diminution des pneumopathies nosocomiales à germes multirésistants.

P 084 : LES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MECANIQUE : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE SUR 26 MOIS

Auteurs : A. Abidi*, I. Fathallah, S. Chouchene, S. Bel Haj Youssef, H. Sfar, I. Henane, A. Abderrahim, N. Kouraichi

Service : Hôpital régional de Ben Arous, Service de réanimation

Introduction : La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) est un problème de santé qui concerne toute les unités de soins intensifs en Tunisie. Qu'en est-il de l'état des lieux dans notre unité de réanimation ?

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de 26 mois. Nous avons inclus tous les patients ayant présenté une (PAVM).

Résultat : Durant la période d'étude, 325 patients ont été hospitalisés. Nous avons enregistré 48 PAVM chez 26 patients (8%). L'âge médian de nos patients était de 58 ans [44; 71]. Le score SOFA médian était de 8 [4; 10]. La durée médiane de ventilation mécanique était de 25 jours [13; 37]. Le délai médian d'apparition de PAVM était de 17 jours [7; 22]. Cinq épisodes de PAVM étaient bi-microbiens. Le

Pseudomonas aeruginosa était le germe le plus incriminé (tableau 1). Les bactéries sécrétrices de bêta-lactamases à spectre élargi étaient au premier rang (47%), suivies par les carbapénémases (38%). L'antibiothérapie probabiliste était efficace dans 66 % des cas. L'état de choc septique était la principale complication (60%). La durée de séjour médiane était de 30 jours [18; 60]. La mortalité était de 31%.

Conclusion : L'émergence de souches microbiennes multi-résistantes est désormais un fait établi. Une meilleure maîtrise en termes d'hygiène hospitalière est obligatoire.

	Nombre d'épisodes	Nombre d'infections bimicrobiennes	Nature du germe						
			KP	AB	EC	STAPH	PA	Autre	ND
PAVM	48	5	9	6	3	1	14	2	18

KP : *Klebsiella pneumoniae* ; AB : *Acinetobacter baumannii* ; EC : *Escherichia coli* ; STAPH : *Staphylocoque* ; PA : *Pseudomonas aeruginosa* ; ND : Non déterminé

Tableau 1 caractéristiques microbiologiques des PAVM

P 085 : FACTEURS DE RISQUE D'ACQUISITION D'UNE PNEUMOPATHIE NOSOCOMIALE À PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN RÉANIMATION

Auteurs : boudir Y, makoudi M, ait bahssain H, el ouardi Y, khallouki M

Service : service reanimation / hopital ibn tofail CHU mohamed VI marrakech Résumé :

Introduction : Malgré les progrès en matière de prévention et de thérapeutique, *Pseudomonas aeruginosa* reste une bactérie souvent responsable de pneumopathies graves en réanimation. Si *P. aeruginosa* est souvent un commensal opportuniste, sa transmission croisée existe.

Objectif : d'identifier les éventuels facteurs de risque d'acquisition d'une pneumopathie nosocomiale à *P. aeruginosa* plutôt qu'à un autre microorganisme chez les patients de réanimation.

Méthode : Etude rétrospective descriptive et analytique sur une période de deux ans Pour cette étude seule la première pneumopathie nosocomiale confirmée a été prise en compte. Une analyse univariée, puis multivariée (régression logistique), ont testé l'association entre la survenue d'une pneumopathie à *P. aeruginosa* et des facteurs liés au patient.

Résultat : Sur deux ans, 11 pneumopathies à *P. aeruginosa* ont pu être comptabilisées (pour un total de 70 pneumopathies). La proportion de patients atteints d'une pneumopathie à *P. aeruginosa* sur l'ensemble des pneumopathies était de 23,7. Le délai moyen d'apparition d'une pneumopathie était de 10 jours pour le *P. aeruginosa* et de 6 jours pour les autres microorganismes. La majorité des pneumopathies à *P. aeruginosa* (81,81 %) n'était précédée d'aucune autre infection à *P. aeruginosa*. Concernant les facteurs liés au patient, la probabilité de survenue d'une pneumopathie à *P. aeruginosa* augmentait significativement avec l'augmentation de la durée d'intubation, la présence d'une antibiothérapie à l'admission, le transfert d'un autre service et le fait que le patient admis pour une pathologie non traumatique.

Conclusion : Cette analyse laisse penser que certaines caractéristiques du patient, pourraient influencer sur l'acquisition d'une pneumopathie à *P. aeruginosa*.

P 086 : EARLY- AND LATE-ONSET PNEUMONIA: MYTH OR REALITY?

Auteurs : S.Kharat*,H.Ghadhoun,J.guissouma,S.Bougharriou,M.Ksouri,H.Brahmi

Service : Réanimation médicale : hôpital Habib Bougafra

Introduction : The initial, empirical antibiotic therapy of ventilator-associated pneumonia (VAP) is often based on timing of its occurrence in relation to the onset of mechanical ventilation. This is due to reported differences between causal pathogens associated with early-onset (E-VAP) compared to late-onset VAP (L-VAP).

Objectif : To compare the clinical outcomes of critically ill patients developing E-VAP and L-VAP and to compare the causative pathogens of early-onset and late-onset ventilator-associated pneumonia (VAP).

Méthode : all the patients with the diagnosis of VAP admitted between January 2014 and December 2018 were retrospectively included. VAP was suspected on the basis of clinical, chest x-ray findings. The identification of the causative organism was performed with endotracheal aspirate (ETA) cultures.

Résultat : ninety patients developed VAP. E-VAP was observed in 30 patients (33,3%), whereas 60 patients (66,6%) developed L-VAP. Among patients with early onset VAP, 53% received antibiotics prior to the development of pneumonia, compared to 88% with late-onset VAP (p = 0.001). Otherwise, no differences (sociodemographic factors, antecedents, severity score, length of stay, length of MV) between the two groups were observed. The most common pathogens associated with E-VAP were *Pseudomonas aeruginosa* (13,3%), *Enterobacter* species (26,6%) and oxacillin-resistant *Staphylococcus aureus* (ORSA; 10%). *Enterobacter* species (36,6%), *Acinetobacter baumannii* (26,6%) and *P. aeruginosa* (25%) were the most common pathogens associated with L-VAP. No difference was noted in the contribution of multidrug resistant bacteria MDR (50% vs. 70%). Hospital mortality was significantly greater for patients with L-VAP caused by MDR (73%) compared to patients with E-VAP (50%) (p=0.04).

Conclusion : This classification is no longer helpful for empirical antibiotic therapy, since both early-onset and late-onset VAP were caused by MDR bacteria. This justifies the need of intensive care unit-specific knowledge of causal agents associated with VAP to reduce the rate of administration of inadequate antimicrobial therapy.

P 087 : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET BACTERIOLOGIQUE DES PAVM DANS UN SERVICE DE REANIMATION

Auteurs : W.Nouira, Z.Hammouda, A.Mghirbi, H.Zorgati, L.Ouanes Besbes

Service : *service de réanimation polyvalente de Monastir*

Introduction : Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) occupent le premier rang des infections nosocomiales en réanimation. Elles représentent un véritable problème de santé vu leur impact sur le cout et le pronostic. Les germes en causes sont variables en fonction de l'écologie bactérienne de chaque service de réanimation, mais le plus souvent il s'agit de bactéries multi résistantes (BMR).

Objectif : décrire le profil épidémiologique et bactériologique des PAVM dans le service de réanimation polyvalente de Monastir sur une période de 4 ans

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective conduite sur une période de 04 ans dans le service de réanimation polyvalente de Monastir où on a inclus tous les patients consécutifs dont le séjour est ≥ 48 heures, ventilés mécaniquement et ayant présenté au cours de leurs séjour une PAVM.

Résultat : Au cours de la période d'étude l'incidence de la PAVM était 8,12%. L'âge médian était 56 ans (IQR 45-69,5) avec un sexe ratio : 46 hommes/ 15 femmes. Le SAPS II moyen était à 25 (IQR 32,5-64,5). Les principales comorbidités étaient dominées par les pathologies respiratoires chroniques chez 59% des malades étudiés. Le motif le plus fréquent de l'hospitalisation était l'IRA (73,8%), une pneumopathie était présente à l'admission chez 36,1% des malades. Le délai moyen du diagnostic de PAVM par rapport à l'admission était de 9 jours (IQR 5-15). la technique de prélèvement bactériologique était l'Aspiration Trachéale dans 98,4 %.

Concernant le profil bactériologique ; les germes les plus fréquemment en cause étaient : l'Acinetobacter Baumannii (42,62 %), suivi par le Pseudomonas Aerogenosa (21,13%) et l'infection était poly microbienne dans 14,75% des cas. La résistance à l'imipénème était notée dans 53 % des cas, et la colimycine dans 3 % des cas. La durée médiane de l'antibiothérapie était de 11 jours (IQR 6.5-14,5). Les durées moyennes de ventilation mécanique et de séjour étaient consécutivement de 28 jours (IQR 17,5-40) et 34 jours (IQR 25,5- 45). le taux de mortalité au cours du séjour était de 70%.

Conclusion : Les PAVM demeurent une cause importante de morbi mortalité en réanimation. Les germes en cause sont des BMR nécessitant le recours à des antibiotiques à large spectre avec des durées assez conséquentes. La lutte contre les infections nosocomiales constitue une véritable obligation nécessitant la multiplication des mesures préventives et la collaboration de toute l'équipe soignante

P 088 : PROFIL BACTÉRIOLOGIQUE DES INFECTIONS URINAIRES CHEZ LA FEMME

Auteurs : H.Mhadhbi*, B.Chatbri ,R.Hammami, E.Kallel, K.Ben Saad, K.Lamine.

Service : *Service d'accueil des urgences de l'Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis (HMPIT).*

Introduction : L'infection urinaire (IU) constitue une des pathologies fréquentes chez la femme. La résistance des bactéries aux antibiotiques (ATB) dans la population générale et chez la femme en particulier constitue un problème de santé publique.

Objectif : Notre objectif était d'étudier le profil bactériologique des IU chez les femmes notamment la résistance bactérienne aux ATB.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle au service des urgences durant 3 mois. Ont été inclus toutes les femmes âgées de plus de 15 ans admises pour une infection urinaire à germe identifié par un examen cyto bactériologique des urines (ECBU).

Résultat : Au cours de la période d'étude 77 patientes ont été colligées. La moyenne d'âge était de 45 ± 19 ans avec des extrêmes de 15 et 92 ans. Le diagnostic de cystite était posé dans 37 cas (48 %), de pyélonéphrite aiguë dans 30 cas (39 %), et de bactériurie asymptomatique dans 6 cas (9 %). Les germes isolés étaient dominés par E. coli dans 47 cas (61 %), Proteus Mirabilis dans 8 cas (10 %) et K. pneumoniae dans 7 cas (9 %). Le taux de résistance le plus élevé était à l'ampicilline dans 42 cas (54 %). Escherichia coli était résistante à la triméthoprime-sulfaméthoxazole et à l'amoxicilline dans respectivement 19% et 12% des cas. Les entérobactéries étaient sensibles à la Ciprofloxacine dans 53 cas. Aucune résistance aux carbapénèmes n'a été notée.

Conclusion : L'épidémiologie bactérienne des IU reste dominée par les entérobactéries. La résistance aux antibiotiques est de plus en plus élevée. Certes ces données orientent le praticien dans le choix d'une antibiothérapie empirique devant être ajustée après les résultats de l'antibiogramme.

P 089 : PROFIL CLINICO - BACTÉRIOLOGIQUE DES INFECTIONS URINAIRES À RISQUE DE COMPLICATION PRISE EN CHARGE DANS UN SERVICE DES URGENCES

Auteurs : Hadil Mhadhbi*, Maher Arafa, Bassem Chatbri, Rim Hamami, Mounir Hagui, Khaled Lamine

Service : *Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, service d'accueil des urgences*

Introduction : L'infection urinaire est parmi les pathologies les plus fréquentes aux urgences. Elle est bénigne dans la plupart des cas, mais peut engager le pronostic vital. La résistance bactérienne est de plus en plus élevée, et constitue un facteur de récurrence.

Objectif : étudier les caractéristiques épidémiologiques et le profil bactériologique des infection urinaire à risque de complication.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de trois mois incluant les patients pris en charge au service des urgences pour une infection urinaire jugée à risque de complication selon la définition de la (SPILF 2015).

Résultat : Nous avons colligé 67 patients. Vingt-sept patients (40,3%) avaient un âge ≥ 65 ans et 43 (64,2%) étaient de sexe masculin. L'antécédent d'anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire a été retrouvé chez 17 (25,3%) patients et un seul patient était immunodéprimé. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient les brûlures mictionnelles, la fièvre et les douleurs lombaires dans respectivement 56,7%, 38,8% et 31,3% des cas. Le diagnostic retenu était (%) : la pyélonéphrite 46,3(31), la prostatite 14(20,9), la cystite 10(14,9), la bactériurie asymptomatique 11(16,4). Dans 7,5% des cas l'infection urinaire était compliquée d'un sepsis cependant, aucun patient n'a présenté un choc septique. Le traitement antibiotique était conduit en ambulatoire dans 88,1% des cas. Les entérobactéries étaient les germes les plus incriminés : Escherichia coli (64,2%), Klebsiella pneumoniae (9%), Proteus Mirabilis (9%). Escherichia coli était résistant à l'amoxicilline et la triméthoprim-sulfaméthoxazole dans respectivement 32,5% et 41,8% des cas. Cependant les entérobactéries étaient sensibles à la ciprofloxacine dans 59,7% des cas.

Conclusion : L'infection urinaire à risque de complication est une pathologie responsable de plusieurs présentations cliniques. Dans cette étude Les entérobactéries étaient les germes les plus identifiés avec une importante résistance aux antibiotiques .Cependant, nous avons noté une faible prévalence de complications.

P 090 : LES INFECTIONS URINAIRES CHEZ LE SUJET AGE

Auteurs : H.Mhadhbi*, B.Chatbri , M.Arafa, E.Kallel, S.Akkeri, I.Naggara , I.Belgacem, K.Lamine.

Service : Service d'accueil des urgences de l'Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis (HMPIT). *Resumé :*

Introduction : Les infections urinaires (IU) du sujet âgé constituent un motif de plus en plus fréquent d'admission aux urgences. Ce terrain particulier est responsable de manifestations cliniques souvent trompeuses et d'emblée graves.

Objectif : L'objectif de cette étude était de dégager les particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et bactériologiques de l'IU chez les sujets âgés.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive au service des urgences sur une période de 3 mois. Nous avons inclus tous les patients pris en charge pour une infection urinaire .Nous avons recueilli toutes les données démographiques, cliniques et bactériologiques et qui ont été étudiées comparativement entre 2 groupes selon l'âge : les patients du Groupe 1 avaient un âge <65 ans, ceux du Groupe 2 avaient un âge ≥ 65 ans.

Résultat : Nous avons inclus 120 patients . La moyenne d'âge était de 48 ± 20 ans et 22,5% des patients avaient un âge ≥ 65 ans. Le sex-ratio était de 0,45 dans le groupe 1 versus 1,07 dans le groupe 2 ($p=0,06$). Les comorbidités les plus trouvés étaient n(%) : le diabète 25(21), l'insuffisance rénale 5(4) et l'uropathie lithiasique 11(9) sans différence significative entre les 2 groupes (p respectivement : $p=0,1$; $p=0,3$; $p=0,06$).La douleur lombaire était présente chez 37 patients du groupe 1 versus seulement 3 patients du groupe 2 ($p=0,000$).Nous avons porté le diagnostic de pyélonéphrite dans 41% des cas , de cystite dans 32%des cas , prostatite dans 12% des cas et la bactériurie asymptomatique dans 15% des cas (p respectivement : $p=0,5$; $p=1$; $p=0,08$; $p=1$). Le sepsis urinaire était retenu chez 6 patients dont 4 appartenaient au groupe 2 ($p=0,02$). Escherichia coli était le germe le plus incriminé dans 62.5% des cas sans différence significative entre les deux groupes ($p=1$). Cependant ,La résistance à la ciprofloxacine était significativement plus élevé chez les sujets âgés ($p=0,03$).

Conclusion : Les IU du sujet âgé aux urgences se caractérisent par un taux de résistance plus élevé.Le sexe masculin est prédominant. Les manifestations cliniques sont souvent frustes. Le traitement des formes asymptomatiques dépend du risque tenant à la comorbidité.

P 091 : INFECTION URINAIRE A E. COLI : RESISTANCE A L'ACIDE NALIDIXIQUE

Auteurs : H.Mhadhbi*, B.Chatbri , M.Arafa , E.Kallel, K.Ben Saad, K.Lamine.

Service : Service d'accueil des urgences de l'Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis (HMPIT).

Introduction : Escherichia coli est la bactérie la plus fréquemment incriminée dans les infections urinaires (IU) de l'adulte. Les fluoroquinolones sont largement utilisées en pathologie infectieuse urinaire. Il existe plusieurs paliers de résistance. le premier étant la résistance à l'acide nalidixique.

Objectif : L'objectif de cette étude était d'évaluer le taux de résistance de E coli à l'acide nalidixique et de mettre en évidence les facteurs prédictifs de cette résistance.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective observationnelle sur une période de 3 mois. Ont été inclus tous les patients de plus de 15 ans admis au service des urgences pour une symptomatologie faisant évoquer une IU. Une collecte des examens cytotabactériologiques urinaires (ECBU) positif à E. coli a été faite ainsi que l'antibiogramme.

Résultat : Au cours de la période d'étude 120 patients étaient admis pour infection urinaire. Soixante –dix-neuf examens bactériologiques des urines étaient positifs à E. coli (57,5%). La tranche d'âge de plus de 65 ans représentait 21,5% de notre population. Quarante-neuf (62%) patients étaient de sexe féminin et 14 (17,7%) étaient diabétiques. Un E. coli résistant à l'acide nalidixique (NR) a été isolé chez 13 patients (16,4%). La comparaison entre le profil sensible et le profil résistant de l'E.Coli à l'acide nalidixique a montré que les facteurs prédictifs de résistance étaient l'antécédent de diabète ($p=0,03$), d'hémodialyse ($p=0,03$) .

Conclusion : La présence d'un terrain particulier doit remettre en question la prescription de fluoroquinolones et faire préférer une autre classe d'antibiotique. Notre étude a apporté une preuve supplémentaire de la nécessité de contrôler la prescription de cette famille d'antibiotique.

P 092 : LE SEPSIS A POINTS DE DEPART URINAIRE AUX URGENCES : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE

Auteurs : A.Jebali*, R.Boubaker, Dh. Nsib, KH. Zaouche, A. Mghirbi, M. Kilani, R. Baccouche, Y. Yahya, H. Maghraoui, M. Moudhaffer, A. Ben Hamida, K. Majed

Service : Service des urgences La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : Le sepsis à point de départ urinaire est une affection fréquente aux urgences comme toute pathologie septique. Il peut être d'une gravité variable selon le terrain, la présentation initiale et surtout la précocité de diagnostique et de prise en charge.

Objectif : décrire les particularités cliniques, paracliniques et évolutives des sepsis urinaires pris en charge aux urgences.

Méthode : étude rétrospective, descriptive, sur 3 mois, incluant les patients admis aux urgences pour une sepsis urinaire documenté. On n'a pas inclu les patients avec des données manquantes aux dossiers.

Résultat : soixante six patients ont été colligés. L'âge moyen était de 64± 20 ans avec un sex-ratio à 1,06. Les patients qui avaient au moins 2 antécédents pathologiques étaient de 48,5%. La fièvre et la confusion mentale étaient les deux motifs les plus fréquents de consultation dans respectivement 36,4 % et 30,3 % des cas. À l'admission, les patients présentaient un sepsis dans 68,1% des cas et un état de choc septique dans 31,8% des cas. Une décompensation de tare sous jacente a été observée dans 21,2%. Dix patients (14,6%) avaient au moins une défaillance d'organes. On a eu recours à une ventilation mécanique chez 2 patients. On a eu recours aux drogues vasoactives dans 24,1% des cas. La durée moyenne de séjour à l'UHCD était de 41,7 heures, 43,9% des patients y ont séjourné plus de 24 heures. La mortalité intra hospitalière était de 28,4%.

Conclusion : Le sepsis urinaire touche souvent des patients ayant des antécédents médicaux lourds, le tableau clinique peut être polymorphe. C'est une pathologie qui est encore grave et grevée d'une mortalité élevée.

P 093 : INFECTIONS URINAIRES ASSOCIEES AUX SOINS EN UNITE DE SOINS INTENSIFS

Auteurs : A. Abidi*, I. Fathallah, H. Sfar, I. Henane, S. Bel Haj Youssef, S. Chouchene, A. Abderrahim, N. Kouraichi

Service : Hôpital régional de Ben Arous, Service de réanimation

Introduction : Les infections urinaires associées aux soins(IUAS) en Réanimation sont fréquentes. La réduction de leur risque passe par la rationalisation des indications et de la durée du sondage vésicale et l'amélioration des conditions d'hygiène

Objectif : Le but de notre étude est d'identifier le profil épidémiologique des IU associées aux soins dans notre service de réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de 26 mois. Nous avons inclus tous les patients ayant présenté une infection urinaire associée aux soins (IUAS).

Résultat : Durant la période d'étude 325 patients ont été hospitalisés, seulement 20 (6%) ont présenté une IUAS. L'âge moyen de nos patients était de 61± 15ans avec un sex-ratio à 1.33 Le score de gravité IGSII médian était de 47 [30 ; 62]. Onze patients (55%) étaient diabétiques. Un seul patient n'était pas porteur d'une sonde vésicale. Nous avons recensé 44 épisodes d'IUAS ce qui représente 29 % des infections associées aux soins. Le nombre de jour médian sous sonde vésicale lors des IUAS était de 17 [9 ; 28]. Les IUAS étaient bactériennes (54%) et fongique (46%). Les caractéristiques microbiologiques sont détaillées dans le tableau1. Les bactéries sécrétrices de bêtalactamases à spectre élargi (BLSE) étaient au 1^{er} rang (79%). Les IUAS ont été compliquées de choc septique dans 60% des cas.

Conclusion : Les IUAS à BLSE sont assez fréquente dans notre unité. Les protocoles d'hygiène et les soins infirmiers devraient être révisés

Germes	AB	KP	PA	EC	CA	CNA	Autre	ND
Total	3	9	7	3	8	6	3	5

AB : *Acinetobacter baumannii* ; KP : *Klebsiella pneumoniae* ; PA : *Pseudomonas aeruginosa* ; EC : *Escherichia coli*
CA : *Candida albicans* ; CNA : *Candida non albicans* ; ND : Non déterminé

Tableau 1. Les caractéristiques microbiologiques des (IUAS)

P 094 : VIRAL MENINGOENCEPHALITIS IN A TUNISIAN MEDICAL INTENSIVE CARE UNIT (MICU)

Auteurs : A.Triki, K.Meddeb, W.Zarrougui, E.Ennouri, A.Baccari, R.Toumi, A.Hadhri, T.Ben Ahmed, M.Boussarsar

Service : Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit

Introduction : Viral encephalitis is a medical emergency. Rapid diagnosis and introduction of adequate therapeutics has a decisive effect on prognosis.

Objectif : To describe severe viral meningoencephalitis characteristics requiring admission in Intensive Care Unit.

Méthode : It is a retrospective study conducted in MICU of Farhat Hached University Hospital, going from 2009 to 2019. Were included all patients suspected to have viral meningoencephalitis based on clinical presentation and Cerebral Spinal Fluid (CSF) abnormalities.

Data collected were : age, demographic characteristics, clinical presentation, CSF elements, diagnostic investigations, therapeutics and prognosis.

Résultat : We included 35 patients admitted for suspected viral meningoencephalitis during the study period. They were 44±20 yo mean aged. Mainly male, 25(67,6%) during the autumn season (48,5%). Initial clinical presentations were infectious syndrome in all patients ; meningeal syndrome (51,4%); focal neurologic signs(25,7%) and seizures (54,3%) . Mean SAPS II was at 26,4±14.

Mechanical ventilation on admission was required in 85,7 % , tracheostomy in 20% and vasopressors in 28,5 % of patients. Aciclovir was given to all the patients for a mean period of 6±5 days with mean time limit of administration of 7,5±5 days; pathogen identification was not possible in 54,3%. The Herpetic origin was suspected through clinical and radiological (MRI) signs with no positive Herpes Simplex Virus PCR identification. Ten (28,5%) patients had confirmed West Nile NeuroInvasive Disease and 3 others had confirmed rubecolic meningo-encephalitis. Healing has been complete in 34,2% of patients .Otherwise , 34,2% had motor or psychic sequels. One patient had been discharged with home invasive mechanical ventilation. Mortality was at 31,4%.

Conclusion : Pathogen isolation in viral meningoencephalitis remains difficult usually requiring empiric antiviral treatment mainly Aciclovir, however a subset of patients had a particularly swift clinical recovery allowing a precocious Aciclovir cessation with satisfactory evolution.

P 095 : MÉNINGO-ENCÉPHALITE RÉVÉLANT UN DYSRAPHISME SPINO-CAUDAL FERMÉ (CASE REPORT)

Auteurs : C. Abdennebi*, A. Trifi, F. Daly, Y. Touil, S. Abdellatif, S. Ben Lakkhal

Service : service de réanimation médicale, la Rabta

Introduction : Les dysraphismes représentent un ensemble complexe d'anomalies de la différenciation des tissus neuro-ectodermiques avec défaut de fermeture du tube neural. Les complications sont d'ordre infectieux, neurologique et orthopédique. Les complications infectieuses sont les plus rares faisant toute la gravité du tableau clinique. Elles sont dominées par les méningites.

Cas clinique : Il s'agit d'une fille âgée de 17 ans, gymnaste. Elle a consulté pour céphalées fébriles apparues il y a 72 heures. L'Examen trouve une température à 38°, un GCS à 10 sans signes de localisations et un syndrome méningé. A la biologie, il y avait un syndrome inflammatoire biologique. La patiente a été alors intubée, ventilée et sédaturée. La TDM cérébrale était sans anomalies complétée par une ponction lombaire ramenant un liquide trouble normo tendu, 900 elts blancs/mm³ (98% PNN), une hypoglycorrhachie et une hyperproteinorrhachie. Sous cefotaxime à dose méningée et dexaméthasone, l'évolution était défavorable marquée par une persistance de la fièvre et des anomalies du LCR. La conduite a consisté à une adjonction de l'ampicilline, gentamycine, rifampicine et traitement anti-tuberculeux. A l'arrêt de la sédation: strabisme divergent et ptosis de l'œil droit, paraplégie flasque et abolition des ROT des MI, pas de déficit des MS et pas de troubles vésicosphinctériens. A l'angio-IRM cérébro-médullaire : plusieurs malformations en faveur d'un dysraphisme spino-caudal. En réexaminant la malade, le sinus dermique n'était pas communicant, pas d'orifice cutané visible ni de foyer infectieux identifié (par contiguïté ou par dissémination hémotogène ou à distance). A l'EMG : poly neuropathie sensitivo-motrice axonale longueur dépendante. Selon les neurochirurgiens : en l'absence d'orifice cutané visible, la méningite peut être due à des micro-traumatismes répétés de la région lombaire et selon les neurophysiologistes : une possible atteinte radiculaire secondaire à la méningite. Sous la large thérapie sus citée, l'évolution était favorable avec disparition du ptosis et du strabisme et une récupération partielle des déficits et des reflexes. La patiente a été transférée en neurochirurgie pour cure chirurgicale de sa malformation.

Conclusion : Une évolution trainante d'une méningo-encéphalite doit impérativement inciter à pousser les investigations notamment une angio-IRM cérébro-médullaire. En présence de malformations congénitales, qui feront le lit de méningites à répétition, une prise en charge chirurgicale s'impose dans les délais les plus brefs.

P 096 : LES ENCEPHALOPATHIES LIEES AUX INFECTIONS CEREBRO-MENINGEES EN REANIMATION : PARTICULARITES CLINICO- BIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET PRONOSTIQUES

Auteurs : A. Mehdi*, F. Daly, A. Abidi , H. Fazzeni, M. Tobbich, E. Seghir , A.Trifi , Y. Touil,S. Abdellatif, S. Ben Lakkhal

Service : Service de réanimation médicale CHU la Rabta

Introduction : L'encéphalopathie liée aux infections cérébro-méningées (ELI) est un motif relativement fréquent d'hospitalisation en réanimation. Si cette dysfonction cérébrale, de mauvais pronostic, a été bien étudiée dans les pays développés, elle l'est beaucoup moins dans les pays en voie de développement.

Objectif : L'objectif de notre étude est de déterminer les particularités clinico- biologiques, diagnostiques et pronostiques de ces encéphalopathies dans un service de réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, mono centrique et observationnelle. Elle a été réalisée au sein du service de réanimation médicale la Rabta sur une période de quatre ans de 2012 à 2016. Tous les patients admis pour une encéphalopathie (Score de Glasgow < 15) ont été inclus. Une comparaison de toutes les données des patients ayant une ELI aux autres patients (AE) a été réalisée par une analyse univariée puis multivariée par régression logistique.

Résultat : Durant la période d'étude, cent-dix-sept patients ont été inclus. L'âge moyen était de 45 ans (± 17,2) et le genre-ratio de 1,1. Le score IGSII moyen était de 34,7 (±16), le score APACHE II moyen de 16 (±8.4) et le score SOFA médian de 4 (2-7) à l'admission.

La durée de séjour médiane était de 8 jours (4-15,5). Le score de Glasgow médian à l'admission était de 8 (4,5-10). Le syndrome méningé était présent chez 24 patients (20,5%) et une ponction lombaire a été réalisée chez 64 patients (54,7%). L'origine infectieuse de l'encéphalopathie a été retenue chez 54 patients (46,2%). La mortalité observée était de 37,6%. Les données concernant l'analyse multivariée comparant les patients ELI aux patients AE sont représentées dans le tableau ci-joint

Conclusion : Malgré une mortalité prédite moins importante, la mortalité observée n'est pas différente à celle des patients admis pour AE. Le syndrome méningé est un signe spécifique de l'origine infectieuse et la ponction lombaire reste l'examen le plus demandé concordant avec la suspicion diagnostique étiologique .

Tableau : Les résultats de l'analyse multivariée par régression logistique

Paramètres	ELI	AE	p	ORa	IC _{95%}
IGSI moyen à l'admission	28,4 (±14,9)	40,1 (±14,9)	0,019	0,95	0,91-0,99
Syndrome méningé N (%)	21 (38,9%)	3 (4,8%)	0,026	6	1,22-29,14
PL faite N (%)	45 (88,9%)	16 (25,4%)	< 10 ⁻³	16,5	4,41-61,90

ELI : encéphalopathies liées aux infections descriptives méningées. AE : autres encéphalopathies. p : degré de significativité. ORa : odds-ratio ajusté. IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95%.

P 097 : ETUDE RETROSPECTIVE DESCRIPTIVE DES MENINGITES SECONDAIRES A LA MISE D'UNE DERIVATION VENTRICULAIRE EXTERNE EN REANIMATION CHIRURGICALE

Auteurs : Chakroun.S, Ben Othmen.MA*, Lahdhiri.A, Souissi.I, Kaabia.E, Gafsi B, Ben Mansour. M, Ben Salem.F, Gabbiche.M

Service : Service d'anesthésie réanimation FB Monsatir

Introduction : La dérivation ventriculaire externe (DVE) est un dispositif indiqué en cas d'hydrocéphalie aiguë et dans certains cas d'hypertension intracrânienne. La présence d'une DVE majore considérablement le risque de méningite nosocomiale, à tel point que cet acte est retiré de certaines études d'incidence d'infection postopératoire

Objectif : Décrire les particularités épidémiologiques des méningites secondaires à la mise d'une (DVE) dans une réanimation chirurgicale.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans une unité de réanimation chirurgicale sur une période de 18 mois, entre Mars 2017 et septembre 2018. Ont été inclus les patients ayant les critères suivants : les patients pour lesquels une DVE a été mise durant leurs séjours en réanimation, un âge supérieur à 18 ans, les patients ne présentant pas une infection cérébro-méningée avant la pose de la DVE et qui ont présenté une infection du LCR 48 h après leur admission. Toutes les DVE ont été posées au bloc opératoire de neurochirurgie. Un prélèvement de DVE n'est réalisé qu'en cas de suspicion d'infection. Le LCR est classé comme contaminé (la bactériologie du LCR est positive, mais la biochimie et la cellularité sont normales, il n'y a pas de fièvre, pas de modification de l'examen neurologique), suspect d'infection (la bactériologie du LCR est négative, il peut y avoir des anomalies non spécifiques de la biochimie et de la cellularité, et sur le plan clinique une dégradation du score de Glasgow et de la fièvre), ou infecté (la bactériologie du LCR est positive, et s'accompagne d'anomalies biochimiques et de la cellularité, d'une dégradation neurologique, et d'une fièvre élevée)

Résultat : Sur cette période de recueil, 30 patients ont été inclus dans cette étude, et parmi eux, 15 patients (50%) répondaient à la définition d'infection et ont été traités pour une infection sur DVE. Les indications les plus fréquentes pour la mise d'une DVE étaient une hémorragie méningée avec inondation ventriculaire dans 18 cas, (60 %) et une hypertension intracrânienne (HTIC) réfractaire dans 8 cas (26 %). Les germes identifiés étaient surtout des Cocci gram positif (60,7 %), (Staphylocoque blanc dans 46 % des cas) et des Bacilles gram négatif (35,7 %). L'antibiothérapie la plus utilisée était l'association imipénème vancomycine (40 % des cas). La cotrimoxazole (Bactrim®) a été utilisé dans 20 % des cas. Le retrait ou le changement du matériel colonisé ou infecté a eu lieu dans la grande majorité des cas.

Conclusion : Les infections postopératoires en neurochirurgie sont rares, mais difficiles à diagnostiquer et à traiter. Seule une rigueur à toutes les étapes de la prise en charge (geste chirurgical, soins postopératoires, diagnostique, thérapeutique tant sur le plan chirurgical que dans la gestion de l'antibiothérapie), permettra de diminuer l'incidence de ces infections et d'éviter les impasses thérapeutiques encore possibles.

P 098 : FACTEURS DE RISQUE, PARTICULARITÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DES MÉNINGITES NOSOCOMIALES EN MILIEU DE RÉANIMATION

Auteurs : N. Baccouch; A. Bouattour*; F. Zouari; R. Ammar; K. Chtara; H. Chelly; M. Bahloul; M. Bouaziz

Service : Service de réanimation polyvalente ,CHU Habib Bourguiba ,Sfax

Introduction : La méningite nosocomiale est une infection grave dont l'incidence est en constante augmentation ces dernières années. Elle doit être évoquée devant tout tableau infectieux ou neurologique chez un patient présentant un facteur de risque. Leur gravité est liée à l'état du patient fragilisé par la pathologie sous-jacente et à difficultés thérapeutiques liées à la nature des bactéries en cause qui sont très souvent multi résistantes aux antibiotiques

Objectif : Déterminer les facteurs de risques, les particularités diagnostiques et thérapeutiques des méningites nosocomiales en milieu de réanimation

Méthode : Il s'agit d'une observation de onze cas de méningite nosocomiales chez des patients de service de réanimation médicale de CHU Habib Bourguiba de Sfax pendant la période du 1 janvier 2019 jusqu'au 31 août 2019.

Résultat : *Le motif initial d'admission en réanimation était : -Une réanimation post opératoire : 4 cas dont 2 cas de volet décompressif pour un AVC ischémique étendu et 2 cas de tumeurs cérébrales dont l'une avec mise en place d'une DVE -Un polytraumatisme avec un traumatisme crânien grave : 6 cas dont 5 cas ont bénéficié d'un geste neurochirurgical - Tuberculose neuroméningée : 1 cas (elle a bénéficié d'une mise en place d'une DVE) *Tous les patients étaient sous antibiothérapie à l'admission. *Le délai moyen entre l'admission et la survenue de méningite était 12.9 jours *Le mécanisme physiopathologique était : -Une brèche ostéodurmiérienne : 1 cas -Une septicémie : 3 cas - Un inoculation : 7 cas - Par contiguïté : aucun cas *Les signes évocateurs de méningite nosocomiale étaient : fièvre, hypothermie, convulsion, aggravation d'un état neurologique, issue de pus du site opératoire. *Le diagnostic était posé après une ponction lombaire et l'analyse cytochimique et bactériologique du LCR *Le prélèvement bactériologique du LCR était négatif dans 4 cas et positif chez 7 patients. Les germes retrouvés sont : Acinetobacter baumannii : 3 cas Salmonella paratyphi : 1 cas Klebsiella pneumoniae : 4 cas Pseudomonas aeruginosa : 1 cas *la récurrence était observée dans deux cas. L'évolution était défavorable avec décès dans 8 cas.

Conclusion : La gravité des méningites nosocomiales est indiscutable. Une brèche ostéodurmiérienne, un geste neurochirurgical sont considérés comme facteurs de risque de survenue de cette complication. La survenue de cette complication, alourdit le pronostic des patients en réanimation qui est déjà mis en jeu à cause de la pathologie sous-jacente et du terrain, sans oublier son impact économique, sanitaire et sociale.

P 099 : LES INFECTIONS PULMONAIRES EN MILIEU DE RÉANIMATION : ÉPIDÉMIOLOGIE ET RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES AU CHU FARHAT HACHED, SOUSSE

Auteurs : M. Talbi*, M. Marzouk, M. Haj Ali, Y. Ben Salem, J. Boukadida

Service : Laboratoire de Microbiologie - UR12SP34- CHU Farhat Hached Sousse- TUNISIE

Introduction : Les infections pulmonaires acquises en milieu de réanimation sont responsables d'une lourde mortalité.

Objectif : Nous nous proposons dans ce travail d'étudier l'épidémiologie et le profil de résistance aux antibiotiques des germes impliqués dans ces infections aux unités de soins intensifs (USI).

Méthode : Etude rétrospective menée au CHU Farhat Hached Sousse, sur une période de 4 ans (2015-2018) portant sur tous les prélèvements respiratoires parvenus à notre laboratoire en provenance des USI. L'identification bactérienne a été réalisée selon les techniques conventionnelles. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée selon les recommandations de l'EUCAST-CASFM.

Résultat : Un total de 463 prélèvements pulmonaires à type de PTP (n=360), LBA (n=24) et liquide bronchique (n=72) ont été inclus. Acinetobacter baumannii était la bactérie la plus fréquemment isolée (47%), avec des taux de résistance de 100% à toutes les bêta-lactamines, 80% aux aminosides, 37% à la tigécycline et 2,3% à la colistine. En deuxième position, Pseudomonas aeruginosa (21%) était résistant à la ceftazidime (8,2%), imipénème (23,7%), ciprofloxacine (13%) et aminosides (24%). Klebsiella pneumoniae isolé dans 6% des cas avait des taux de résistance au céfotaxime et à l'imipénème respectivement de 42% et 17%. Staphylococcus aureus (5%) était méticillino-résistant dans 17% des cas.

Conclusion : A.baumannii demeure la bactérie la plus incriminée dans les infections pulmonaires acquises en milieu de réanimation avec des taux de résistance alarmants.

P 100 : CARACTÉRISTIQUE DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA ISOLÉ EN RÉANIMATION DANS UN CHU DURANT 4 ANS

Auteurs : M. Talbi*, M. Marzouk, M. Haj Ali, Y. Ben Salem, J. Boukadida

Service : Laboratoire de Microbiologie - UR12SP34- CHU Farhat Hached Sousse- TUNISIE

Introduction : Pseudomonas aeruginosa est un pathogène nosocomial majeur, en particulier aux unités de soins intensifs (USI). L'émergence de souches résistantes constitue un réel problème, limitant le choix des antibiotiques

Objectif : Nous nous proposons dans ce travail de présenter certaines caractéristiques épidémiologiques et bactériologiques de ce pathogène.

Méthode : Etude rétrospective portant sur les souches de P. aeruginosa non redondantes isolées au laboratoire de microbiologie du CHU Farhat Hached Sousse, sur une période de 4 ans (2015-2018). L'identification bactérienne a été réalisée selon les techniques conventionnelles. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée selon les recommandations de l'EUCAST-CASFM.

Résultat : Un total de 133 souches de P. aeruginosa a été inclus dans notre étude. Ces souches étaient isolées à partir des prélèvements respiratoires (56,3%), suivies de loin par les suppurations (18%), les hémocultures (7%) et les urines (6%). Les taux de résistances aux différentes familles d'antibiotiques étaient variables: ticarcilline (25%), pipéracilline (20%), ticarcilline-acide clavulanique (41%), pipéracilline-tazobactam (18,7%), ceftazidime (8,3%), céfépime (16%), aztreonam (6,7%), imipénème (28,5%), ciprofloxacine (16,6%), cotrimoxazole (9%), tétracyclines (15,5%) et colistine (20%).

Conclusion : Les infections nosocomiales dues à P.aeruginosa surviennent généralement chez des patients fragilisés. La ceftazidime et l'aztreonam représentent les antibiotiques les plus fréquemment actifs dans notre étude.

P 101 : PROTEUS MIRABILIS INFECTIONS IN INTENSIVE CARE PATIENTS

Auteurs : S.Bradaï*, K.Bouchaala, R.Ammar, K.Chtara, M.Bahloul, M.Bouaziz

Service : Intensive Care Unit Habib Bourguiba University Hospital

Introduction : P.mirabilis, a Gram-negative rod-shaped bacterium most noted for its swarming motility and urease activity, frequently causes nosocomial infections especially catheter-associated urinary tract infections.

Objectif : The aim of our study is to point out the incidence of P.mirabilis infections in ICU patients, its clinical presentation and course.

Méthode : We conducted a retrospective descriptive study. All patients hospitalized in the ICU of our University Hospital who developed P.mirabilis infections from January 01, 2017 to June 30, 2019 were included.

Résultat : During the study period, 36 patients were included. The mean age was 49.4±19.5 years. Sex ratio (M/F) was 3.5. Trauma was the major cause of hospitalization in 20 cases (55.6%). Length of hospital stay prior to ICU admission was 5 ± 9.4 days. SAPSII was 44.9 ± 13.3, mean SOFA was 10.4 ± 3.1 and mean APACHEII was 18.1 ± 5.4. All patients required invasive mechanical ventilation, had central venous catheter (CVC) and indwelling urinary catheter in place. Nine patients (25%) presented acute kidney failure and 6 (16.7%) needed dialysis. Before the isolation of P.mirabilis, 10 patients (27.8%) hadn't any infections and 5 patients (13.9%) didn't received any antibiotics. Concerning the other 31 patients, antibiotics prescript were: amoxicillin/clavulanic acid in 17 patients (47.2%), carbapenems in 17 patients (47.2%), aminosids in 13 patients (36.1%), glycopeptides in 10 patients (27.8%), colistin in 9 patients (25%), fluoroquinolones in 7 patients (19.4%), cephalosporins in 6 patients (16.6%), tigecycline in 4 patients (11.1%). The most common infection site of P.mirabilis was the urinary tract in 22 patients (61.1%). After P.mirabilis infection, 18 patients (50%) had septic shock. Antibiotics used to treat P.mirabilis infection were resumed in table 1. The mean length of ICU stay was 38.4 ± 18.4 days. Out of the 36 included patients, 9 patients died (The mortality rate was 25%). Death was not related to P. mirabilis infections.

Conclusion : P.mirabilis is among the leading bacteria responsible for nosocomial infections in ICU. They are emerging highly drug resistant pathogens whose incidence is rapidly increasing in ICU. So that, it early identification with in vitro testing is of paramount importance to the success of infection control efforts.

Table 1: antibiotics used to treat P.mirabilis infections

Empiric antibiotic	Number	Percentage (%)	Adapted antibiotic	Number	Percentage (%)
Imipenem	8	22.2	Imipenem	2	5.6
Colistin	1	2.8	Cefotaxime	2	5.6
Gentamicin	1	2.8	Colistin	2	5.6
Cefotaxime	3	8.3	Piperacillin/tazobactam	2	5.6
			Amikacin	1	2.8
			Gentamycin	1	2.8
Imipenem + gentamicin	4	11.1	Imipenem + gentamicin	5	13.9
Imipenem + amikacin	3	8.3	Imipenem + amikacin	4	11.1
Imipenem + colistin	2	5.6	Imipenem + tygecycline	2	5.6
Tigecycline + colistin	2	5.6	Imipenem + colistin	1	2.8
Amoxicillin/clavulanic acid + amikacin	1	2.8	Tygecycline + colistin	1	2.8
Ciprofloxacin + colistin	1	2.8	Ciprofloxacin + gentamicin	1	2.8
Ciprofloxacin + rifampicin	1	2.8	Ciprofloxacin + tygecycline	1	2.8
Imipenem + bacitrim	1	2.8	Ciprofloxacin + imipenem	1	2.8
Cefotaxime + metronidazol	1	2.8	Cefotaxime + gentamicin	1	2.8
Cefotaxime + ciprofloxacin	1	2.8	Colistine + Amikacin	1	2.8
			Ertapenem + gentamycin	1	2.8
			Piperacillin/tazobactam + fosfomycin	1	2.8
Colistin + rifampicin+ Ciprofloxacin	1	2.8	Ceftazidime + amikacin + colistane	1	2.8
Colistin + vancomycin + metronidazol	1	2.8	Piperacillin/tazobactam+ciprofloxacin+colistin	1	2.8
Imipenem + gentamicin + tygecycline	1	2.8	Piperacillin/tazobactam+Imipenem+levofloxacin	1	2.8
No use of empiric antibiotic	3	8.3	P.mirabilis not treated	3	8.3

P 102 : STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA INFECTIONS IN INTENSIVE CARE UNIT: CLINICAL FEATURES, MANAGEMENT AND OUTCOME

Auteurs : M. Kallel*, S. Ayed, A. Jamoussi, D. Lakhdhar, J. Ben Khelil, M. Besbes

Service : service de réanimation médicale, hopital Abderrahmen Mami, Ariana Resumé :

Introduction : Stenotrophomonas Maltophilia has emerged as an important pathogen that induces nosocomial infections. It is a non-fermentative, gram-negative bacillus that causes severe infectious diseases, particularly bacteremia in the hospital setting. Morbidity and mortality due to Stenotrophomonas Maltophilia seems to be high, particularly in critically ill patient.

Objectif : The aim of this study was to describe the clinical features, management and outcome of patients with Stenotrophomonas Maltophilia infections.

Méthode : This was a retrospective analysis of prospectively collected data of patients hospitalized in intensive care unit (ICU) between January 2010 and December 2018. Collected data were: age, gender, comorbidities, severity scores on admission, prior infections, use of antibiotics, use of invasive devices (urinary tract catheter, or mechanical ventilation), microbiological data, and antimicrobial therapy and outcome.

Résultat : During the study period, 27 patients with Stenotrophomonas Maltophilia infection were included, with a mean age of 51±17 years. The simplified acute physiology score II and acute physiology and chronic health evaluation II on admission were respectively 35±15 and 20±8. Bacteremia caused by Stenotrophomonas Maltophilia was observed in 25 patients (92%) and ventilator acquired pneumonia in 2 patients (8%). Twenty four episodes were classified as primary bacteraemia and only one as secondary bacteraemia due to urinary infection. Four patients (15%) developed septic shock. Mean SOFA on the day of Stenotrophomonas Maltophilia infection was

6±2. Prior antibiotic use was observed in 85% including an antipseudomonal agent in 26% of cases. Infection due to *Stenotrophomonas Maltophilia* was considered in 26 cases. Empiric antibiotic therapy was administered to 13 patients (48%) and had included an appropriate agent in only 5 cases (38%). After adapting antibiotics, monotherapy was the choice for 6 (25%) patients while a combination of two antibiotics was indicated in the 20 others (75%). The most used antibiotic was the colistin in 11 episodes (46%). Intensive care mortality was 37%. Univariate comparison between dead and survivors showed a significant difference in prior nosocomial infection and respiratory comorbidities. No independent risk factor of mortality was found in multivariate analysis.

Conclusion : Management of infection caused by *Stenotrophomonas Maltophilia* is a difficult challenge for physicians. Our data showed that prior infections and use of antibiotics may considerably increase mortality in infection with *Stenotrophomonas Maltophilia*. Further prospective studies with larger number of patients should be undertaken for definitive conclusions.

P 103 : HEMOCULTURES PERIPHERIQUES A BACTERIES MULTI- RESISTANTES (BMR) EN USI : IMPACT CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

Auteurs : A. Mehdi*1, S. Ben El Hadj2, A. Trifi1, H. Fazzen1, M. Tobbich1, E. Seghir1, H. Battikh2, F. Daly, Y1. Touil1, S. Abdellatif1, S. M. Zribi2, Ben Lakhal1.

Service : 1. Service de réanimation médicale CHU la Rabta, 2. Service de Microbiologie CHU la Rabta

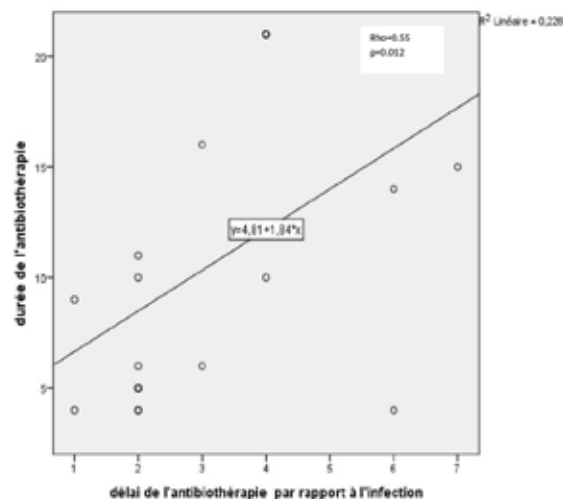
Introduction : L'isolement de BMR au niveau des hémocultures périphériques en réanimation pose un problème majeur de prise en charge thérapeutique, de pronostic et de coût de santé. La confrontation des données microbiologiques aux données clinico- biologiques représente une étape cruciale.

Objectif : Notre étude vise à étudier l'impact clinique, thérapeutique et pronostique des bactériémies à BMR dans notre unité de réanimation.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle, rétrospective et analytique menée au sein du service de réanimation médicale la RABTA en collaboration avec le service de microbiologie sur une période de 18 mois. Etaient inclus les patients chez qui un BMR (entérobactéries résistantes au X C3G, *A baumannii* résistant à l'imipénème, *P aeruginosa* résistant à la ceftazidime, *S aureus* résistant à la méticilline et *E faecium* résistant aux glycopeptides) a été détecté dans une hémoculture périphérique. Les hémocultures ont étéensemencées selon les techniques standards du REMIC. L'antibiogramme et les tests complémentaires ont été réalisés selon les normes EUCAST (European Committee on Antimicrobial Test).

Résultat : 33 hémocultures à BMR ont été colligées parmi les 156 hémocultures positives (26%) chez 29 malades d'âge moyen = 52 ± 16 avec des scores de gravité moyens comme suit : SOFA = 6 ± 3 , APACHEII = 15 ± 6 et IGSII = 38 ± 14 . La porte d'entrée la plus fréquente était pulmonaire $n=24$ (73%) suivie de l'origine vasculaire dans $n=7$ (21%) de cas. Les entérobactéries étaient les plus fréquemment isolées dans 20 cas (61%), suivis d'*A baumannii* dans 10 cas (30%). 7 entérobactéries (34%) ont présenté une BLSE, 2 souches et 1 souche de *K pneumoniae* étaient respectivement intermédiaires et résistante à l'imipénème. 4 souches de *K pneumoniae* et une souche d'*A baumannii* étaient résistantes à la colistine. Dans 21 cas (64%), la bactériémie était considérée responsable du tableau infectieux et justifiant ainsi une antibiothérapie empirique. Après retour bactériologique, on a escaladé l'antibiothérapie dans 10 cas (30%). Aucun changement n'a été fait dans 11 cas (33%) en raison principalement de l'obtention tardive (en post mortem) des résultats bactériologiques ($n=10$). L'étude analytique a montré que, effectivement pour les patients chez qui on n'a pas considéré la bactériémie, la "probabilité" de développer un choc septique était 10 fois moindre que les patients chez qui on l'a considéré avec un RR = 10,5, IC 95% [2,8; 39] $p \leq 0,001$. Une antibiothérapie non ciblée était significativement liée à une évolution défavorable avec un OR = 2,7 IC 95% [1,25; 6] $p = 0,005$. On a démontré par ailleurs que la durée de l'antibiothérapie était significativement corrélée au délai de son début (coefficient Rho = 0,55 et $p = 0,012$) (graphique 1)

Conclusion : La décision thérapeutique d'une bactériémie à BMR reposait sur la présentation clinique. Par ailleurs, la durée de l'antibiothérapie était significativement corrélée au délai de son début d'où un gain sur le coût de santé plus l'antibiothérapie est entamée précocement.



P 104 : BLOODSTREAM INFECTIONS CAUSED BY KPC-PRODUCING BACTERIA

Auteurs : S.Bradai*, M.Ben Amor, N.Baccouch, K.Chtara, M.Bahloul, M.Bouaziz

Service : Intensive Care Unit Habib Bourguiba University Hospital

Introduction : Klebsiella pneumoniae carbapenemase (KPC)-producing bacteria are a group of emerging highly drug-resistant Gram-negative bacilli causing infections associated with significant morbidity and mortality.

Objectif : The aim of our study is to point out the incidence of bloodstream infections (BSI) caused by KPC in ICU patients, its clinical presentation and course.

Méthode : We conducted a retrospective descriptive study. All patients hospitalized in the ICU of our hospital who developed BSI caused by KPC from January 01, 2016 to December 31, 2017 were included.

Résultat : During the study period, 20 patients were included. The mean age was 45.7 ± 22.5 years with extremes of 8 and 91 years. Sex ratio (M/F) was 3. Trauma was the major cause of hospitalization in 12 cases. The most common past medical diseases were arterial hypertension in 7 patients. Length of hospital stay prior to ICU admission was 4 ± 7.2 days. At infection onset, mean SAPSII was 49 ± 13.2 , mean SOFA was 10.4 ± 4.8 and mean APACHEII was 19.8 ± 6.7 . During ICU hospitalization, all patients required invasive mechanical ventilation during 27.2 ± 13.2 days, had central venous catheter (CVC) and indwelling urinary catheter in place, 15 patients had tracheotomy, 12 underwent surgery, 9 presented acute kidney failure and 4 needed dialysis. Before the isolation of KPC, all patients presented infections. Antibiotics prescribed were: colistin in 14 patients, carbapenems in 12 patients, amoxicillin/clavulanic acid in 11 patients, cephalosporins in 9 patients, fluoroquinolones in 6 patients, tigecycline in 5 patients, aminosides in 4 patients, rifampicin in 4 patients, fosfomycin in 3 patients, glycopeptides in 2 patients. The delay for KPC-BSI onset was 17.7 ± 7.5 days. The most common infection sources responsible of KPC-BSI were: CVC in 6 patients and pneumonia in 5 patients. KPC infection was responsible of septic shock in 18 patients. Resistance rates were: gentamycin (65%), amikacin (20%), colistin (15%), fosfomycin (10%) and tigecycline (10%). Antibiotics used to treat KPC bloodstream infection were resumed in table 1. The mean length of ICU stay was 36.1 ± 16.8 days. Out of the 20 included patients, 7 patients died (The mortality rate was 35%). Death was related to KPC infection in 5 patients.

Conclusion : The high prevalence of KPC-BSI in ICU patients dictates the importance of implementation of infection control measures and strict antibiotic policies.

Table 1: antibiotics used to treat KPC bloodstream infections

Empiric antibiotic	Number	Adapted antibiotic	Number
Cefotaxime	1	Amikacin	1
Tigecycline	1	Fosfomycin	1
		Tigecycline	1
Imipenem + colistin	4	Imipenem + colistin	4
Imipenem + amikacin	2	Tigecycline + colistin	2
Amoxicillin/clavulanic acid + amikacin	1	Bactrim + amikacin	1
Ciprofloxacin + colistin	1	Ciprofloxacin + tygecycline	1
Tigecycline + colistin	1	Tygecycline + colistin	1
Tigecycline + ciprofloxacin	1	Fosfomycin + amikacin	1
Fosfomycin + amikacin	1	Piperacillin/tazobactam + ciprofloxacin	1
Piperacillin/tazobactam + ciprofloxacin	1	Piperacillin/tazobactam + coli	1
Piperacillin/tazobactam + colistin	1	Piperacillin/tazobactam + fosfomycin	1
		Imipenem + tygecycline	1
Imipenem + colistin + ciprofloxacin	1	Imipenem+Bactrim+colistin	1
Imipenem + colistin + fosfo	1	Piperacillin/tazobactam + amikacin + colistin	1
Imipenem + colistin + tigecycline	1		
Imipenem + colistin + vancomycin	1		
Tigecycline + rifampicin+ciprofloxacin	1		
No use of empiric antibiotic	0	KPC not treated	0

P 105 : PNEUMONIE VARICELLEUSE DE L'ADULTE: A PROPOS D'UN CAS

Auteurs : F.JALLOUL*, N. BEN ALGIA, CH.TLILI, K.BEN ALGIA, K.AMMAR

Service : HÔPITAL REGIONAL DE GAFFSA, SERVICE DE REANIMATION ET DE PNEUMOLOGIE

Introduction : La varicelle, habituellement bénigne chez l'enfant, peut s'accompagner chez l'adulte de complications graves dont la pneumonie varicelleuse est la plus fréquente.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient de sexe masculin âgé de 55 ans, diabétique et hypertendu, qui a été admis en réanimation dans un tableau de détresse respiratoire aiguë associée à une éruption cutanée rappelant celle de la varicelle. La radiographie du thorax a montré un syndrome alvéolo-interstitiel diffus et bilatéral. Le scanner thoracique a mis en évidence un aspect en verre dépoli avec des micro nodules en bilatéral, associé à un épanchement pleural droit de faible abondance. La sérologie varicelleuse était positive. L'évolution était favorable sous traitement antiviral associé à une biantibiothérapie prescrite suite à une surinfection bactérienne.

Conclusion : La pneumonie varicelleuse est la plus fréquente des complications de la varicelle chez l'adulte. L'utilisation précoce de l'aciclovir a permis de diminuer remarquablement le taux de mortalité suite à cette infection selon des séries récentes.

P 106 : PNEUMOCYSTIS JIROVECI PNEUMONIA TREATMENT FAILURE DURING HIV INFECTION: IS THERE A ROLE OF CYTOMEGALOVIRUS CO-INFECTION?

Auteurs : Messaoud L, Jamoussi A, Ayed S, Lakhthar D, Ben Khelil J and Besbes M

Service : Medical Intensive Care Unit, Abderrahmen Mami Pneumology Hospital, Ariana, Tunisia

Introduction : Pneumocystis pneumonia (PCP) is one of the most common infectious lung diseases occurring in HIV-infected patients. Severe PCP is associated with high mortality. Poor prognostic factors already demonstrated are septic shock and acute respiratory distress syndrome. We hypothesized whether an under-diagnosed cytomegalovirus (CMV) co-infection also may worsen patients' issue? We report here two cases of patients with PCP, unaware of their HIV infection with CMV co-infection.

Cas clinique : 1st clinical case: a 30-years-old male patient with no medical history developed dyspnea, fever, dry cough and altered general condition since two months. He was hospitalized in the intensive care unit for acute respiratory failure. The diagnosis of PCP was confirmed by the detection of *P. jirovecii* in bronchoalveolar lavage. Trimetoprim-sulfamethoxazole and corticosteroids were administered on day 1. He was initially ventilated with CPAP. The clinical status of the patient worsened on the 3rd day of treatment. A CMV co-infection was suspected and the PCR CMV on bronchoalveolar sample was positive. He was then treated with Cymevan with a break of corticosteroids. Five days after admission, the patient developed an acute respiratory distress syndrome (ARDS). He was intubated, mechanically ventilated with deep sedation, neuromuscular blockers and prone position. The evolution was fatal. 2nd clinical case: a 35-years-old female patient without medical history presented with clinical symptoms of: chronic cough, dyspnea and weakness. She was hypoxemic on arterial blood gas analysis. The thoracic computed scan showed diffuse ground glass opacities. She was ventilated with high-flow oxygen therapy. Treatment was based on intravenous administration of trimetoprim-sulfamethoxazole and corticosteroids. On the 6th day of treatment, CMV co-infection was suspected as the clinical status of the patient worsened. The course was unfavourable and she died subsequently to a refractory septic shock. The result of CMV was positively ready only in the post-mortem.

Conclusion : In HIV-infected patients with pneumocystis pneumonia, a CMV co-infection must be systematically investigated, especially when corticosteroids are required. Corticosteroids could promote the development of concomitant infections such as CMV pneumonia. Early treatment of CMV co-infection when the progression of pulmonary pneumocystis is unfavourable seems legal but must be confirmed.

P 107 : ATTEINTE MULTIFOCALE A CYTOMEGALOVIRUS CHEZ UN PATIENT IMMUNOCOMPETENT DE REANIMATION

Auteurs : S. Zarrouk¹*, I. Talik¹, M. Kaddour¹, N. Ben Slimène¹, K. Ben Romdhane², F. Essafi¹, T. Merhabene¹

Service : 1=Réanimation médicale, Hôpital régional de Zaghouan 2= Réanimation médicale, Clinique Carthagène

Introduction : L'infection à cytomégalovirus (CMV) est une pathologie fréquente, le plus souvent, asymptomatique chez le sujet sain. La réactivation peut entraîner des infections graves chez les immunodéprimés et les patients immunocompétents admis en réanimation [1].

Cas clinique : patient âgé de 75 ans, aux antécédents de broncho-pneumopathie chronique obstructive et accident vasculaire cérébelleux ischémique a été hospitalisé en réanimation pour pneumopathie hypoxémiant bilatérale sévère compliquée d'un état de choc septique secondaire à une grippe A avec une surinfection à *Staphylococcus Aureus* et *Haemophilus influenzae*. Après une évolution initialement favorable, réapparition d'une détresse respiratoire fébrile à j 42 d'hospitalisation avec des images alvéolaires bilatérales à la radiographie de thorax, l'électrocardiogramme révélait des ondes T négatives en V1 et V2. A la biologie : les troponines T hypersensible étaient positives à 0.260 ng/ml ; pro-BNP à 29 683 pg/ml .L'échocardiographie transthoracique montrait une akinésie antéro-septale et une hypokinésie inféro-basale avec une dysfonction VG récente (FE= 38%) et une élévation des pressions du remplissage du VG. La coronarographie n'avait pas objectivé de lésion coronaire significative. Le Scanner cervical, pratiqué devant l'apparition d'une tuméfaction cervicale, montrait un aspect de parotidite. L'examen du fond d'oeil était normal. L'enquête étiologique a conclu à une infection virale à CMV avec une quantification du CMV par PCR dans le sang à 48 783 copies /ml et dans le liquide broncho-alvéolaire à 128 186 copies/ml. Le diagnostic d'une réactivation du CMV avec atteinte multifocale : pulmonaire, myocardique et parotidienne, a été considéré et le patient a été mis sous traitement antiviral par Ganciclovir à la dose de 10 mg/Kg par 12 heures pendant 21 jours. L'évolution initiale, était favorable avec une récupération progressive de la fonction VG et amélioration des échanges gazeux et des images radiologiques.

Conclusion : Une infection à CMV devrait être recherchée chez les patients hospitalisés en milieux de réanimation, devant une défaillance cardio-respiratoire récente inexpliquée 1 : Al Omari et al. Ann. Intensive Care (2016): Cytomegalovirus infection in immunocompetent critically ill adults: literature review

P 108 : ENDOCARDITE INFECTIEUSE : PEUT-ON ÉLIMINER LE DIAGNOSTIC SUR DES PROCALCITONINES NÉGATIVES ??

Auteurs : Maher Arafa*, Manel Kallel, Emna Kallel, Amal Jbali, Mehdi ben Lassoued, Mounir Hagui, Khaled Lamine

Service : Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, service d'accueil des urgences

Introduction : Comme tout marqueur, la procalcitonine (PCT) possède quelques limites. Son dosage n'est pas pertinent dans le cadre des infections fongiques, parasitaires (accès palustre) et lors des infections à germe intracellulaire.

Cas clinique : Nous rapportons l'observation de Mr BA âgé de 78 ans aux antécédents d'ACFA sous sintrom, HTA et AVC Ischémique, qui a été ramené par sa fille pour des crises convulsives tonico-cloniques récidivantes depuis 3 jours. A l'examen le patient était fébrile à 38°C, conscient, les pupilles étaient intermédiaires et réflexives. Il avait une parésie séquellaire de membre supérieur droit. Sur le plan respiratoire il était eupneïque avec une saturation périphérique à 96% à l'air ambiant. Le patient était également stable sur le plan hémodynamique avec une pression artérielle systolique à 140 mmHg et une diastolique à 80 mmHg et un pouls irrégulier à 95 batt/min. L'électrocardiogramme a montré une ACFA à 100 batt/min. Le reste de l'examen clinique était normale. Le bilan biologique n'a

pas montré de trouble métabolique, mais la CRP était élevé à 125 mg/l et les blancs à 15000. On a également dosé les PCT devant la suspicion d'un sepsis avec retentissement neurologique. La PCT était négative à 0,2µg. Une origine centrale des convulsions était évoquée, on a demandé un scanner cérébral qui est revenu sans anomalie. On a complété par une IRM cérébral qui a montré une image cadran avec un embolo septique. L'étiologie d'endocardite infectieuse avec embolo septique cérébrale était fortement suspectée. Le patient a bénéficié d'une échographie cardiaque montrant deux petites végétations au niveau de la valve aortique. Le diagnostic d'une endocardite infectieuse a été posé et le patient a été transféré au service de cardiologie pour complément de prise en charge.

Conclusion : Le diagnostic d'endocardite infectieuse est basé sur la clinique et l'échocardiographie transthoracique /trans-œsophagienne. Sur le plan biologique la CRP semble plus sensible que la PCT. L'endocardite infectieuse semble échapper à ce marqueur d'infection bactérienne.

P 109 : FACTEURS PRÉDICTIFS D'ENDOCARDITE INFECTIEUSE AU COURS D'UNE FIÈVRE PROLONGÉE

Auteurs : Abdeljelil.M, Kooli.I, Marrakchi.W, Aouam.A, Toumi.A, Loussaief.C, Ben Brahim.H, Chakroun.M

Service : Service des Maladies Infectieuses CHU Fattouma Bourguiba Monastir-Tunisie

Introduction : L'endocardite infectieuse (EI) reste une pathologie grave dont le diagnostic est difficile devant le polymorphisme clinique. Une fièvre prolongée reste une circonstance de découverte fréquente.

Objectif : Dans ce contexte s'intègre notre étude qui a pour objectif d'évaluer les facteurs prédictifs d'une EI au cours d'une fièvre prolongée.

Méthode : Etude rétrospective portant sur les patients hospitalisés pour fièvre prolongée (>=15 jours) dans un service des Maladies Infectieuses durant la période allant du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2018. Afin de rechercher les facteurs prédictifs d'EI, on a divisé les patients en deux groupes : groupe (a) ayant une EI et groupe (b) ayant toute autres causes de fièvre. Les données étaient recueillies des dossiers médicaux et analysées à l'aide du logiciel SPSS.

Résultat : Au total, 177 cas de fièvre prolongée étaient inclus dont 18 cas d'EI (10,1%) d'âge moyen de 48 ans ± 15,8 et de sex ratio de 1,5. Quinze (8,4%) patients avaient des comorbidités (Diabète (n=5, 27,7%), une toxicomanie intraveineuse (n=1, 5,5%) et une valvulopathie (n=7, 38,8%)). Les principaux germes isolés au cours de l'EI étaient les streptocoques et l'Enterococcus faecalis (n=2, 33,3%) chacun. Les complications étaient représentées par les infarctus splénique dans 2 cas (1,1%), l'état de choc septique, l'embolie pulmonaire et l'accident vasculaire cérébral d'origine embolique dans un cas chacune (0,6%). En analyse univariée, la comparaison des deux groupes (a) et (b) montre que les facteurs prédictifs d'EI, étaient les valvulopathies (38,8% contre 2,5%; p < 0,001), les prothèses valvulaires (11,1 % contre 0,62 %; p < 0,01), les douleurs thoraciques (33,3 % contre 2,5 %; p < 0,001), la dyspnée (22,2 % contre 1,8 %; p < 0,001), un souffle cardiaque d'apparition récente (66,6% contre 2,5 %; p < 0,001), et la bactériémie (33,3 % contre 0,62 %; p < 0,001).

Conclusion : L'EI reste une cause rare de fièvre prolongée. Certains facteurs peuvent nous orienter vers le diagnostic. Ainsi il est important de s'acharner à rechercher une EI en cas de l'association de fièvre prolongée à un de ces signes.

P 110 : ETUDE DES ASSOCIATIONS D'ANTIBIOTIQUES AVEC L'IMIPENÈME DANS LE TRAITEMENT DES INFECTIONS À BMR

Auteurs : A. Mehdi*, F. Daly, H. Fazzeni, M. Tobbich, E. Seghir, A. Trifi, Y. Touil, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal

Service : Service de réanimation médicale CHU la Rabta

Introduction : La colistine joue un rôle primordial dans la prise en charge des infections à bactéries multi-résistantes en réanimation. Cependant, le manque de cette molécule sur le marché tunisien a motivé le recours vers d'autres associations variables dont l'imipénème représentait la molécule commune pilier de ces associations.

Objectif : Le but de notre étude était d'étudier les associations antibiotiques prescrites pour traiter les BMR en réanimation, pendant une période où la colistine était en pénurie.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle, rétrospective et descriptive menée au sein du service de réanimation médicale la RABTA. Nous avons inclus tous les épisodes d'infection associée aux soins (IAS) à BMR survenues chez les patients hospitalisés dans notre service entre Février et juillet 2019. Toutes les associations antibiotiques prescrites pour traiter ces IAS ainsi que l'évolution de ces dernières ont été relevées.

Résultat : Nous avons inclus 26 épisodes d'IAS. L'âge moyen était de 49 ans (±16) et le genre ratio de 5.5 L'insuffisance respiratoire chronique représente l'antécédent le plus fréquent. Le germe le plus fréquemment isolé était Acinetobacter baumannii (10 cas). Les germes isolés étaient des bactéries multi-résistantes (BMR) dans 17 cas. Onze IAS étaient traités empiriquement en monothérapie et 15 (58%) IAS par une association d'au moins deux antibiotiques. Une escalade thérapeutique a été faite dans 10 cas (38%).

Acinetobacter baumannii et Pseudomonas aeruginosa étaient résistants à l'imipénème dans tous les cas. Les IAS à Acinetobacter baumannii ont été traités par l'association de l'imipénème avec la rifampicine dans 3 cas, association de l'imipénème avec la tigécycline et la rifampicine dans 3 cas et l'association de l'imipénème avec la tigécycline et l'amikacine dans 1 cas. Les IAS à Pseudomonas aeruginosa ont été traités par l'imipénème en monothérapie dans deux cas et par l'association de l'imipénème à la rifampicine et l'amikacine dans un seul cas. Les IAS à Klebsiella pneumoniae ont été traités par l'association de l'imipénème à l'amikacine dans deux cas. L'évolution était favorable avec résolution de l'infection dans 15 cas.

Conclusion : Malgré la résistance des germes à l'imipénème, l'association de ce dernier aux autres antibiotiques pour traiter les IAS montre une bonne évolution dans plus que la moitié des cas.

P 111 : UNE C-RÉACTIVE PROTÉINE SUPÉRIEUR A 100MG/L EST-ELLE ASSO-CIÉE A UNE SUR-MORTALITÉ INTRA HOSPITALIÈRE CHEZ LES PATIENTS INFECTÉS AUX URGENCES ?

Auteurs : A.Mghirbi*, K.Zaouche, R.Boubaker, M.Kilani, A.Jbali, Y.Yayha, M.Modhaffer, H.Maghraoui, K.Majed

Service : Service des urgences. CHU la Rabta

Introduction : Le dosage de certaines protéines produites à la phase aigüe de l'inflammation a été proposé comme marqueur de la sévérité de plusieurs pathologies dont l'infection. Parmi ces protéines, figure la C Protéine Réactive (CRP) couramment dosée aux urgences.

Objectif : Le but de notre travail était d'évaluer l'association de la valeur de la CRP avec la mortalité intra hospitalière des patients infectés aux urgences

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de trois ans au service des urgences du CHU La Rabta. Nous avons inclus les patients âgés de dix-huit ans et plus admis au service des urgences pour une pathologie infectieuse.

Nous n'avons pas inclus les patients dont le dosage de la CRP n'a pas été fait. Le critère de jugement était la mortalité intra- hospitalière que nous avons étudiée par rapport à la valeur initiale de la CRP et ensuite par rapport à un seuil cut off de CRP

Résultat : Cent quatre-vingt-treize patients ont été inclus. L'âge moyen des patients était 60 17 ans. Le sex ratio était 1,38. Les principales portes d'entrée étaient la pneumopathie (29,5%), l'infection urinaire (27%) et la méningo-encéphalite (9,8%). Trois patients avaient une infection à point de départ indéterminée. Le sepsis a été retenu chez 159 patients (82,4%). Soixante-neuf patients avaient un qSOFA au moins égale à 2 (35,8%). La valeur médiane de la CRP initiale était 120,5 mg/L avec des valeurs allant de 1,1 à 569 mg/L. Cent huit patients (56%) avait une CRP supérieure au cut off de 100mg/l. Vingt-six patients (27,9%) ont nécessité la mise sous drogues vasoactifs. treize patients (6,7%) ont nécessité le recours à la ventilation mécanique. Dix patients seulement ont été transférés en une unité de réanimation (5,1%). Quarante-sept patients sont décédés à l'hôpital (24,4%), dont 70,2% d'entre eux avaient une CRP >100 mg/l. La valeur initiale de la CRP n'avait pas de relation statistiquement significative avec la mortalité hospitalière ($p=0,18$) contrairement au cut off de 100mg/l ($p=0,024$; odds ratio=2,23; IC [1,1; 4,5])

Conclusion : Le dosage de la CRP reste utile chez les patient infectés admis aux urgences, un cut off de 100mg pourrait être un marqueur de la mortalité chez les patients admis aux urgences

P 112 : COMPARAISON DE LA PROTEINE C-REACTIVE ET DU LACTATE DANS LA PREDICTION PRONOSTIQUE DES PATIENTS EN SEPSIS

Auteurs : Y. Gharbi*, M. Kilani, Y. Yahia, R. Boubaker, K. Zaouche, R. Baccouche, H. Maghraoui, Majed K

Service : CHU La Rabta, service des urgences

Introduction : Le sepsis et le choc septique font partie des causes les plus communes de décès à l'hôpital. Plusieurs marqueurs biologiques ont fait l'objet d'études pour évaluer le pronostic lors du sepsis, notamment la protéine C-réactive (CRP) et le lactate.

Objectif : L'objectif de notre travail était de comparer l'impact pronostique de la CRP et du lactate à l'admission chez les patients en sepsis.

Méthode : Nous avons entrepris une étude prospective incluant les patients hospitalisés pour prise en charge d'un sepsis au service d'urgences. Le diagnostic de sepsis était retenu devant la présence d'un syndrome infectieux et d'un score q SOFA \geq 2. Nous avons étudié la relation du lactate et de la CRP initiale avec la mortalité intra-hospitalière. Les autres critères de jugement étaient le recours aux drogues vaso-actives et à la ventilation mécanique.

Résultat : 32 patients ont été colligés, dont 56% de femmes et 44% d'hommes; l'âge moyen était de 65,8 \pm 23 ans; tous nos patients avaient des antécédents pathologiques dont les plus fréquents étaient le diabète (75%) et l'HTA (53%). Le motif de consultation le plus fréquent était la fièvre dans 87,5% des cas; à l'examen initial, la FR moyenne était 28 \pm 6c/mn, la FC à 120 \pm 20bpm, la PAS à 100 \pm 20mmHg et PAD à 70 \pm 20mmHg; le score de Glasgow moyen était de 13 \pm 2. 93,7% des patients étaient fébriles. Le quick SOFA moyen était de 2,4 \pm 0,4, le SOFA moyen de 7 \pm 2. Le sepsis était à point de départ urinaire (62,5%), pulmonaire (40,6%) et avec localisation neuroméningée (12,5%). La lactatémie initiale était à 4 \pm 0,8mmoles/L, la CRP à 220 \pm 10mg/L. 22% des patients sont décédés, 19% ont été intubés, et 16% ont nécessité le recours aux drogues vasopressives. La lactatémie initiale n'était pas corrélée à la mortalité intra-hospitalière, ni au recours aux drogues vasopressives ou à la ventilation mécanique ($p>0,05$). La relation entre la CRP initiale et la mortalité était statistiquement significative ($p=0,045$). La CRP initiale était aussi corrélée au recours aux drogues vasopressives et à la ventilation mécanique ($p<0,05$).

Conclusion : Les marqueurs biologiques sont utiles pour prédire le pronostic des patients en sepsis. Dans notre étude, la CRP initiale semble avoir un impact pronostique plus important que le lactate initial.

P 113 : VALEUR PRONOSTIQUE DE LA CINETIQUE DES LACTATES AU COURS DU SEPSIS, ETUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 32 CAS.

Auteurs : Y. Gharbi*, M. Kilani, Y. Yahia, H. Maghraoui, R. Boubaker, K. Zaouche, K. Majed

Service : CHU La Rabta, service des urgences

Introduction : L'atteinte microcirculatoire au cours du sepsis est associée à une hyperlactatémie et constitue un élément pronostique majeur. Dans certains cas malgré une optimisation de la perfusion tissulaire, le pronostic reste réservé.

Objectif : Ce travail avait pour but de vérifier si l'hyperlactatémie et sa clairance étaient corrélées au pronostic des patient en sepsis.

Méthode : Nous avons conduit une étude pronostique les patients hospitalisés pour prise en charge d'un sepsis au service d'urgences. La lactatémie a été mesurée pour tous les patients ainsi que les paramètres respiratoires et hémodynamiques dès l'inclusion dans l'étude. Nous avons calculé la cinétique du lactate entre H0 et H6. Le critère de jugement principal était : la mortalité intra-hospitalière. Les données ont été saisies et analysées au moyen du logiciel SPSS22.

Résultat : 32 patients ont été colligés, dont 56% de femmes et 44% d'hommes; l'âge moyen était de 66±23 ans; tout nos patients avaient des antécédents pathologiques dont les plus fréquents étaient le diabète (75%) et l'HTA (53%). Le motif de consultation le plus fréquent était la fièvre (87,5%); à l'examen initial: la FR moyenne était à 28±6c/mm, la FC moyenne à 120±20bpm, la PAS moyenne à 100±20mmHg et PAD moyenne à 70±20mmHg; le score de Glasgow moyen était de 13±2. 93,7% des patients étaient fébriles. Le quick SOFA moyen était de 2,4±0,4 et le SOFA moyen de 7±2. Le foyer infectieux était urinaire (62,5%), pulmonaire (40,6%) et neuro-méningé (6,2%). Le taux de mortalité intra-hospitalière était de 22%; 19% ont été intubés, et 16% ont nécessité le recours aux drogues vasopressives. Chez les survivants la clairance moyenne du lactate était à 19,4±4% entre H0 et H6 versus 1,6±4% chez les décédés. La lactatémie initiale et à H6 n'était pas significativement corrélées à la mortalité (p>0,05). Toutefois, la relation entre la clairance du lactate (H0-H6) et la mortalité intra-hospitalière était statistiquement significative (p=0.032).

Conclusion : Le lactate peut être utile pour détecter l'hypoxie tissulaire et évaluer les effets des thérapeutiques instaurées. Notre étude a montré que la cinétique de ce marqueur à la 6^{ème} heure était significativement corrélée à la mortalité intra-hospitalière.

P 114 : CINÉTIQUE DE LA C-RÉACTIVE PROTÉINE AU COURS DES PYÉLONÉPHRITES AIGUES COMPLIQUÉES AUX URGENCES : AUCUNE UTILITÉ

Auteurs : ZAUCHE K, CHARGUI A, KILANI M, BOUBAKER R, BACCOUCHE R, MGHIRBI A, MAGHRAOUI H, MAJED K

Service : Service des Urgences. CHU La Rabta.

Introduction : La C-réactive protéine (CRP) est une protéine de la phase aiguë de l'inflammation dont l'élévation de son taux au cours du sepsis serait corrélée avec un mauvais pronostic. Dans les pyélonéphrites aigües (PNA) compliquées, sa valeur a été peu étudiée.

Objectif : L'objectif de notre étude était d'analyser la valeur pronostique de la cinétique de la CRP dans la prédiction d'une évolution défavorable au cours des PNA compliquées.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive incluant les patients admis à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du service des urgences pour une PNA grave ou à risque de complications, menée sur une période de 10 mois (de janvier à octobre 2014). Les malades immunodéprimés et ceux ayant une insuffisance hépatocellulaire n'ont pas été inclus. Nous avons évalué la cinétique de la CRP à H0 et H48. Les critères de jugement étaient la survenue de complication locale ou générale et la mortalité intra-hospitalière.

Résultat : Cent deux patients ont été colligés. L'âge moyen était de 65 ± 16 ans. Les sujets âgés de 65 ans ou plus représentaient 54,9% des cas. Le sexe ratio était de 0,92. Les comorbidités étaient dominées par le diabète (45,1%), l'hypertension artérielle (42,2%). Deux pourcents des patients étaient en état choc septique, 69,6% en sepsis sévère. Dans 14,8% des cas, la gravité était liée au terrain. La dysfonction d'organe était présente chez 85,3% des patients. Tous les patients avaient une CRP positive avec une moyenne à l'admission et à H48 respectivement de 183±114,5 et 161,4±97,1 mg/l. La cinétique de la CRP était vers la hausse chez 33,3% des patients, à la baisse chez 64,7% et stable chez 2% des patients. La mortalité intra-hospitalière était de 8,8% et elle a été rattachée directement à la PNA chez quatre patients. L'étude de l'aire sous la courbe ROC de la variation de CRP pour les critères suivants : la survenue d'une complication générale, locale, la durée de séjour et la mortalité était respectivement de [0,561], [0,574], [0,534] et [0,530]. L'aire sous la courbe ROC n'avait pas de valeur discriminative et aucun seuil de variation de la CRP n'a pu être déterminé.

Une corrélation statistiquement significative était mise en évidence entre une cinétique de la CRP à la hausse et l'acidose métabolique avec p=0,025, la cinétique de la CRP et le nombre de dysfonction d'organes avec p=0,002

Conclusion : La cinétique de la CRP au cours des PNA compliquées n'a pas de corrélation avec la survenue de complications ou la mortalité. Elle ne peut être ni un marqueur du pronostic précoce et ni un outil pour décider de la sortie des patients de l'hôpital

P 115 : PREDICTIVE VALUE OF NEUTROPHIL-TO-LYMPHOCYTE RATIO IN OUTCOMES OF PATIENTS WITH SEPTIC DISEASES ABOUT 120 PATIENTS.

Auteurs : k.Ben Ismail, D.Nsibi, K.Zaouch, Y.Yahiya, R.Baccouche, H.Maghraoui, K.Mejd

Service : Service des urgences, La RABTA

Introduction : The neutrophil/lymphocyte ratio, a marker of the systemic inflammatory response, was correlated with mortality in septic patients. However, its value has not been studied in infectious pathology independently of sepsis.

Objectif : Our aim was to study the prognostic value of the neutrophil/lymphocyte ratio in patients admitted for infection.

Méthode : We conducted a descriptive prospective study at the Rabta Emergency Department over a period of 6 months from June to December 2018. We included all patients over the age of 18, admitted for suspected or confirmed infection.

Résultat : We collected 120 patients. The average age was 57 ± 18, and the sex ratio was 1.14. We found sepsis in 64% of patients. The neutrophil/lymphocyte ratio (NLR) ranged from 1 to 83 with an average of 11 ± 18. NLR was ≥ 3 in 68% of patients. We found a significant correlation between an NLR ≥ 3 and the mortality rate (p=0.036; OR=6.458; IC=[0.817-51.057]). Area under ROC curve was 0.571 with confidence interval IC= [0.461-0.681]

Conclusion : A neutrophil/lymphocyte ratio greater than 3 appears to be a predictor of emergency room mortality in infected patients.

P 116 : LES LEVURES ISOLÉES EN MILIEU DE RÉANIMATION DES BRÛLÉS : TYPOLOGIE ET PROFIL DE RESISTANCE

Auteurs : S. Abid1, H. Fraj1; S. Draief 2; L. Thabet2; A. Mokline1; AA. Messadi1

Service : 1- Service de réanimation des brûlés. Centre de traumatologie et des grands brûlés. Ben Arous 2- Service de biologie clinique et banque du sang. Centre de traumatologie et des grands brûlés. Ben Arous

Introduction : Les brûlés cumulent tous les facteurs de risque pour la colonisation fongique et aux infections invasives, en particulier à *Candida*. Si les infections fongiques locales ou générales restent peu fréquentes, elles sont souvent d'une extrême gravité chez les brûlés, avec une mortalité attribuable allant de 14% à 90% [1]. L'utilisation des antifongiques a amélioré considérablement la morbi mortalité, mais ce qui dépend d'une augmentation des taux de résistance.

Objectif : Étudier la typologie des levures isolées chez les patients hospitalisés dans une unité de brûlé et de préciser le profil phénotypique de leur résistance aux antifongiques.

Méthode : Notre étude a été rétrospective menée sur une période de 4 ans (2016-2019). L'étude de la sensibilité aux antifongiques a été réalisée en cas de candidose systémique, urinaire ou colonisation candidosique avec un indice de colonisation supérieur ou égal à 0,4.

Résultat : Durant la période d'étude, 55 isolats ont été retenus. *C. albicans* était l'espèce prédominante (33%), suivie de *C. glabrata* (31%), *C. tropicalis* (22%) et *C. parapsilosis* (9%). Une candidémie a été diagnostiquée chez 4 patients, une candidurie chez 14 patients et un cas d'infection lié au cathéter. Parmi les souches dont la sensibilité antifongique a été déterminée, la majorité des isolats de *Candida* étaient sensibles au fluconazole (68%). D'autre part, 14% des isolats étaient de sensibilité intermédiaire et 18% étaient résistants au fluconazole, principalement la souche *C. glabrata*. Quant aux autres azolés testés, des taux élevés de souches intermédiaires ont été observés (51 % à itraconazole; 31,7 % au kétoconazole et 51,2 % au miconazole), principalement à *C. glabrata*. Pour l'amphotéricine B, une résistance a été notée pour une souche de chacune des espèces suivantes : *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. glabrata* et *C. parapsilosis*. Une résistance au voriconazole a été retrouvée pour une souche de *C. albicans* et une résistance à la caspofungine a été retrouvée pour une souche de *C. krusei*.

Conclusion : En milieu de réanimation des brûlés, les levures les plus prédominantes sont *C. albicans* (33%), suivie de *C. glabrata* (31%) avec une résistance de l'ordre de 18% au fluconazole. Aucune résistance antifongique majeure n'a été observée, mis à part des taux élevés de souches intermédiaires (principalement *C. glabrata*) aux antifongiques de classe azolé. Ceci serait est d'un grand apport pour une meilleure rationalisation du traitement initial adaptée à la typologie des levures et au profil de résistance.

Références : 1- Vinsonneau C, and al. Burns. 2009;35:561-4.

P 117 : FONGÉMIE ET LOCALISATIONS SECONDAIRES À GEOTRICHUM CAPITATUM CHEZ UNE PATIENTE ATTEINTE DE LAM2 : QUAND ÉVOQUER CE DIAGNOSTIC RARE ?

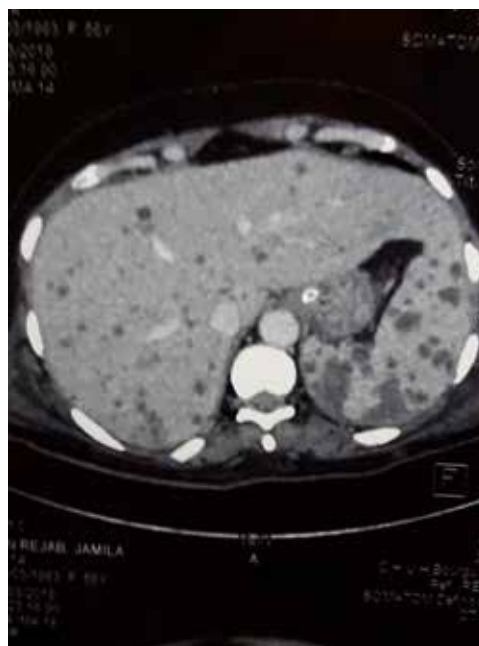
Auteurs : O.Turki, F. Zouari*, M.Dllela , A.Bouattour , M.Yousfi, N.Baccouche, K.CHtara, M.Bahoul, M.Bouaziz

Service : Réanimation Polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : *Geotrichum capitatum* est un champignon filamenteux cosmopolite, parfois saprophyte du tube digestif. Son implication dans les fongémies est rarissime, mais il est considéré aujourd'hui comme un agent pathogène émergent chez les patients immunodéprimés. Nous rapportons le cas d'une infection disséminée à *G. capitatum* chez une patiente suivie pour Leucémie aigüe myéloïde (LAM 2).

Cas clinique : Patiente âgée de 38 ans, suivie pour LAM2 qui a bénéficié d'une cure d'induction et déclarée en rémission complète, a été hospitalisée au service de réanimation pour prise en charge d'une détresse respiratoire compliquée d'une altération de l'état de conscience dans un contexte fébrile. L'exploration de l'étiologie de la détresse respiratoire par une TDM thoracique a révélé la présence de micronodule pulmonaire bilatéraux en aspect de d'arbre en bourgeon diffus et les coupes abdominales on retrouve multiples nodules hépatiques et spléniques évoquant l'origine parasitaire vu le contexte. L'exploration de la fièvre par des hémoculture a révélé la présence de à *G. capitatum* multi sensible dans 2 hémocultures sur milieu saabourd La patiente a été mise sous fluconazole 400 mg : deux fois par jour. L'exploration de l'étiologie de la détresse respiratoire par une TDM thoracique a révélé la présence de micronodule pulmonaire bilatéraux en aspect de d'arbre en bourgeon diffus et les coupes abdominales on retrouve multiples nodules hépatiques et spléniques évoquant l'origine parasitaire vu le contexte.

Conclusion : Les géotrichoses sont des infections opportunistes qui se développent sur un terrain favorable, particulièrement l'immunodépression ainsi que l'utilisation d'antibiotique à large spectre. Le pouvoir disséminant au sein d'un organisme infecté rend son tableau clinique insidieux.



P 118 : ETUDE DE PROFIL DE SENSIBILITÉ DES ESPÈCES DE CANDIDA EN RÉANIMATION

Auteurs : C. Abdennebi*, A. Trifi, F. Daly, Y. Touil, S. Abdellatif, S. Ben Lakhhal

Service : service de réanimation médicale, la Rabta

Introduction : En réanimation, *Candida* sp, représente le troisième microorganisme isolé après les BGN et le staphylocoque. *Candida albicans* reste l'espèce la plus souvent isolée mais un nombre croissant des espèces non *albicans* a été rapporté ces dernières années. De plus, on note l'émergence de résistance des isolats de *Candida* aux antifongiques usuels

Objectif : Dans ce cadre, nous avons mené cette étude qui a pour but de décrire le profil antifongique des espèces de *Candida* isolés dans un service de réanimation médicale.

Méthode : Une large Etude descriptive rétrospective sur 12 ans qui s'est déroulée au service de réanimation médicale de l'hôpital La Rabta de Tunis. Ont été inclus, tous les patients hospitalisés chez qui une levure de type *Candida* a été isolée (HC, ILC et index mycologique). Les antifongogrammes ont été collectés afin de déterminer le profil des souches

Résultat : 139 souches de *Candida* ont été isolées : 63 souches isolés au niveau des hémocultures, 62 au niveau des prélèvements de dépistage mycologiques ou index de colonisation (IC) et 14 au niveau des cathéters (13 veineux et un artériel). Concernant la répartition, *C. Albicans* représentait la souche la plus isolée (59%) suivi par *C. Parapsilosis* (18,7%). Au niveau des hémocultures et des cathéters, les espèces *Albicans* et *Parapsilosis* étaient de répartition similaire (25- 21/63) et (6-5/14) respectivement. Alors qu'au niveau des IC, *C. Albicans* était quasi-exclusif (51/62). La sensibilité *in vitro* des souches de *Candida* isolées a été testée vis-à-vis des antifongiques (AF) usuels (Amphotéricine B, Fluconazole, 5Fluoro-Cytosine, Kétoconazole, Itraconazole et Miconazole) dans 48 cas. L'étude de la sensibilité à la Voriconazole, n'a pas été réalisée que dans 10 cas. L'étude de l'antifongogramme concernait 38 souches isolées à partir des hémocultures, 8 à partir des cathéters et 2 à partir des IC. Comme le montre le tableau joint, *C. Albicans* était sensible à tous AF excepté de l'Itraconazole où 9 souches étaient intermédiaires. *C. krusei* avait le profil le plus virulent : Fluconazole R (4/4), Miconazole I (4/4) et Itraconazole I (3/4).

Conclusion : Les *Candida* demeurent des micro-organismes fréquents en réanimation responsables d'une lourde morbi-mortalité. Notre étude de sensibilité découvre que les antifongiques usuels restent tout de même efficaces, jusqu'à ce jour, envers ce type de pathogènes.

		C albicans	C parapsilosis	C tropicalis	C glabrata	C krusei	C lusitanea
Amphotéricine B	S :	21/21	19/19	4/4	-	2/4	-
	I :	0/21	0/19	0/4	-	2/4	-
	R :	0/21	0/19	0/4	-	0/4	-
Fluconazole	S :	21/21	19/19	4/4	-	0/4	-
	I :	0/21	0/19	0/4	-	0/4	-
	R :	0/21	0/19	0/4	-	4/4	-
5FC	S :	21/21	19/19	4/4	-	0/4	-
	I :	0/21	0/19	0/4	-	4/4	-
	R :	0/21	0/19	0/4	-	0/4	-
Kétoconazole	S :	21/21	15/19	3/4	-	2/4	-
	I :	0/21	4/19	1/4	-	2/4	-
	R :	0/21	0/19	0/4	-	0/4	-
Itraconazole	S :	12/21	7/19	1/4	-	1/4	-
	I :	9/21	12/19	3/4	-	3/4	-
	R :	0/21	0/19	0/4	-	0/4	-
Miconazole	S :	21/21	1/19	0/4	-	0/4	-
	I :	0/21	18/19	4/4	-	4/4	-
	R :	0/21	0/19	0/4	-	0/4	-
Voriconazole	S :	4/4	3/3	2/2	-	1/1	-
	I :	0/4	0/3	0/2	-	0/1	-
	R :	0/4	0/3	0/2	-	0/1	-

P 119 : LA PYÉLONÉPHRITE EMPHYSÉMATEUSE: À PROPOS D'UN CAS

Auteurs : N.Zaouak*, H.Gnana, R.Kammoun, S.Othmani, M.Naija, A.Jendoubi, R.Ben kaddour, MA. Kallel, R.Hamed

Service : Service des urgences, hôpital Charles Nicolle

Introduction : La pyélonéphrite emphysemateuse (PNA) est une infection nécrotique du rein. C'est une affection rare pouvant engager le pronostic vital. Le tableau clinique est en général foudroyant et se présente sous la forme d'un état de choc septique.

Cas clinique : Nous rapportons le cas Madame M.N, âgée de 77 ans, connue diabétique sous antidiabétiques, porteuse de sonde JJ pour calculs rénaux avec *E.coli* positive à Pénicilline de haut niveau, qui a été amenée aux urgences pour lombalgies bilatérales dans un contexte apyrétique et survenue d'un subictère cutanéomuqueux. L'examen clinique a retrouvé une glycémie capillaire à 3,74g, sans cétonurie, une patiente consciente et stable sur le plan hémodynamique avec une TA = 130/80 mmHg et des extrémités chaudes. Les urines étaient troubles et une lombalgie bilatérale a été objectivée. Sur le plan biologique nous avons retrouvé : une hyper leucocytose à 10760 GB/mm³, une CRP à 1mg/l, une créatininémie à 51mg/l et une glycémie à 3g/l avec une cytolysse modérée. un ECBU a été positif. L'uroscanner réalisé en urgence a mis en évidence la présence de bifidité pyélique avec un calcul obstructif du pyélon supérieur et une PNA emphysemateuse bilatérale. Le diagnostic de PNE a été retenu, un traitement instauré comportant une bi antibiothérapie à base de céphalosporines 3^{ème} génération et d'aminosides a été immédiatement entrepris. La patiente a été transférée au service d'urologie pour un geste chirurgical.

Conclusion : PNA demeure une infection grave. Elle est suspectée devant toute infection urinaire sévère ou devant un traitement bien conduit chez le diabétique ou ayant une obstruction des voies urinaires. La TDM reste l'examen clé pour le diagnostic et le pronostic.

P 120 : MÉDIASTINITE COMPLIQUANT UNE CELLULITE CERVICALE D'ORIGINE DENTAIRE: À PROPOS D'UN CAS

Auteurs : M. Abdeljelil, I. Kooli, W. Marrakchi, A. Aouam, A. Toumi, C.Loussaief, H. Ben Brahim, M. Chakroun

Service : Service des Maladies Infectieuses CHU Fattouma Bourguiba Monastir-Tunisie

Introduction : Les cellulites cervicales sont rares. La complication la plus redoutable est l'extension de l'infection au médiastin, constituant une menace vitale. Nous rapportons le cas d'une patiente hospitalisée au service des maladies infectieuses de Monastir pour une cellulite cervicale compliquée.

Cas clinique : Il s'agit d'une femme âgée de 57 ans, sans antécédents pathologiques, hospitalisée au service des maladies infectieuses pour tuméfaction latéro-cervicale gauche avec fièvre, apparaissant deux semaines après des soins dentaires avec prise d'amoxicilline-acide clavulanique et d'anti-inflammatoire. L'examen physique à l'admission trouve une patiente fébrile, présentant une tuméfaction latéro-cervicale gauche avec des signes inflammatoires en regard, elle était eupnéique et stable sur le plan hémodynamique. Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à 18420/mm³ et une CRP élevée à 309,5 mg/l. Le scanner cervicothoracique révélait une cellulite profonde latéro-cervicale gauche compliquée de thrombose jugulaire, sous clavière gauche et du tronc innominé, une médiastinite sans collection et un défaut endoluminal des bronches sous segmentaires basales droites compatible avec une embolie pulmonaire. Le diagnostic de cellulite cervicale d'origine dentaire compliquée de thrombophlébite septique, de médiastinite et d'embolie pulmonaire était retenu et la patiente était mise sous antibiothérapie à large spectre : céfotaxime, teicoplanine et métronidazole et sous traitement anticoagulant à dose curative. L'évolution après quatre semaines d'antibiothérapie parentérale était favorable avec une apyrexie durable, une régression des signes inflammatoires et une baisse de la CRP. Un relais de l'antibiothérapie par voie orale était ainsi décidé, la patiente était mise sous pyostacine et ciprofloxacine et elle a totalisé huit semaines d'antibiothérapie. Un scanner cervicothoracique de contrôle était demandé revenant sans anomalies.

Conclusion : Les cellulites cervicales sont des affections graves nécessitant un traitement urgent. La présentation clinique peut parfois sous-estimer l'étendue de l'infection, avec notamment une diffusion au médiastin. Ainsi, une tomодensitométrie cervicothoracique est nécessaire.

P 121 : PYOMYOSITE CERVICALE D'ORIGINE NOSOCOMIALE : À PROPOS D'UN CAS

Auteurs : M. Abdeljelil, W. Marrakchi, I. Kooli, A. Aouam, A. Toumi, C.Loussaief, H. Ben Brahim, M. Chakroun

Service : Service des Maladies Infectieuses CHU Fattouma Bourguiba Monastir-Tunisie

Introduction : La pyomyosite cervicale est rare. Elle est fréquemment causée par *Staphylococcus aureus*. Nous rapportons le cas d'une patiente hospitalisée au service des maladies infectieuses de Monastir pour une pyomyosite cervicale d'origine nosocomiale.

Cas clinique : Il s'agit d'une jeune fille âgée de 17 ans, précédemment en bon état général, qui était hospitalisée une semaine auparavant en réanimation pour intoxication aux organophosphorés, son séjour en réanimation s'est compliquée d'une veinite traitée par augmentin. Depuis sa sortie, la patiente présentait des cervicalgies et des douleurs au niveau du membre supérieur gauche. A l'examen physique, elle était apyrétique, elle présentait une impotence fonctionnelle totale du membre supérieur et un œdème de la face latérale gauche du cou et de bras gauche. Les examens biologiques avaient mis en évidence des globules blancs à 10000/mm³ et une CRP à 45 mg/l. Une IRM cervico-brachiale était demandée, montrant un aspect en faveur d'une pyomyosite suppurée cervicale postéro latérale gauche réalisant une collection de 3,5 cm associée à une plexite brachiale. D'où elle était hospitalisée au service des maladies infectieuses. Le diagnostic de pyomyosite du scapène gauche et de plexite brachiale probablement d'origine vasculaire était retenu et la patiente était mise sous imipénème et teicoplanine pendant 15 jours associés à des séances de rééducation motrice de membre supérieur gauche avec une bonne évolution clinique. Les hémocultures revenaient négatives. Un relais par voie orale de l'antibiothérapie était ainsi décidé et elle était mise sous pyostacine et ciprofloxacine pendant quatre semaines. Moyennant le traitement antibiotique et la rééducation motrice, une évolution clinique et radiologique favorable était obtenue.

Conclusion : La pyomyosite cervicale peut être grave et entraîner une thrombose veineuse de la jugulaire interne, une septicémie et le décès. Ainsi, elle doit être évoquée devant tout œdème douloureux de la région de la tête et du cou.

P 122 : CAMPYLOBACTER FETUS MENINGITIS: A CASE REPORT

Auteurs : M. Talbi1, M. Abdeljelil1, M. Marzouk1, F. Ben Frej2, Y. Ben Salem1, J. Boukadida1

Service : (1) : Laboratoire de Microbiologie - UR12SP34- CHU Farhat Hached Sousse- TUNISIE (2) : Service de médecine interne Sahloul -Sousse- TUNISIE

Introduction : *Campylobacter fetus* (*C. fetus*) causes in humans mostly gastroenteritis. Systemic infection occurs almost exclusively in immunocompromised patients. We report the case of *C. fetus* meningitis in a 48 years-old woman with a history of systemic lupus erythematosus.

Cas clinique : A 48-year-old woman presented with confusion, headache and fever since 24 hours. Her past medical history includes systemic lupus erythematosus for which, she has been treated with prednisolone (5mg/kg daily) and mycophenolate mofetil (1000mg/daily), for two years. She was admitted in internal medicine service with fever (39°C), neck stiffness, positive Kering's and Brudzinski's signs on examination. A biological inflammatory syndrome was noticed. Brain MRI was normal. Cerebrospinal fluid (CSF) was slightly cloudy, microscopic analysis revealed a white blood cell count of 1300/mm³ (65% lymphocytes and 35% polynuclear neutrophils), with

high protein and low glucose levels, direct Gram stain revealed no organisms. The patient was treated empirically with vancomycin, trimethoprim/sulfamethoxazole and acyclovir (8 mg /Kg daily). She also received adjunctive Dexamethasone for 4 days.

Herpes Simplex Virus polymerase chain reaction (PCR) in CSF and bacterial blood culture were both negative. After forty-eight hours of aerobic incubation at 37°C, fluid thioglycolate medium appeared slightly cloudy. Gram stain from fluid thioglycolate showed Gram-negative curved rods, highly evocative of *Campylobacter*. Colonies have grown only on agars incubated under a microaerophilic atmosphere. According to conventional methods and to the API Campy system (bioMérieux), the isolate was identified as *C. fetus*. It was susceptible to ampicillin, amoxicillin/clavulanic acid, erythromycin, ciprofloxacin and tetracycline. The minimum inhibitory concentration for ertapenem determined by the E-test (bioMérieux) was 0.032 mg/L. The empirical treatment was changed to imipenem combined with ciprofloxacin and the patient remained asymptomatic after four days of bitherapy.

Conclusion : *C.fetus* meningitis is uncommon and is usually observed in immunocompromised patients. The diagnosis can only be obtained on the basis of CSF or blood cultures. Actually, it is difficult to draw conclusions concerning antimicrobial therapy for this disease.

P 123 : CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTS HOSPITALISES AUX URGENCES POUR EXACERBATION AIGUE DE BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

Auteurs : N. Zaouak*, Y. Yahia, A. Bhira, H. Maghraoui, R. Boubaker, K. Zaouche, R. Baccouche, K. Majed

Service : CHU La Rabta, service des urgences

Introduction : Les exacerbations aiguës de bronchopneumopathie chronique obstructive (EABPCO) représentent un problème majeur de santé publique. Elles accélèrent le déclin de la fonction respiratoire chez les patients souffrant de la maladie BPCO et sont associées à un taux de morbi-mortalité élevé.

Objectif : Le but de ce travail est d'étudier le profil épidémiologique des patients hospitalisés au service des urgences pour EABPCO.

Méthode : Nous avons mené une étude transversale descriptive sur une période de cinq mois et incluant tous les patients admis aux urgences pour EABPCO. Les données ont été saisies et analysées au moyen du logiciel SPSS22.

Résultat : 68 patients ont été colligés. La moyenne d'âge était de 66±13 ans. 64,7% étaient des hommes et 35,3 % des femmes. . A l'admission, la fréquence respiratoire moyenne était de 27±7c/mn, la SpO₂(AA)=81±22%, la pression artérielle systolique à 112±24mmHg, diastolique à 76,6±10mmHg, FC=105±22c/mn, le score de Glasgow moyen était à 13±2 ; A la gazométrie initiale: pH=7,34±0,03, PaCO₂=40±30mmHg, HCO₃⁻=16±12mmHg; Les causes de décompensation étaient infectieuses (28%), cardiovasculaires (68%), dont 49% étaient l'insuffisance cardiaque aiguë. 5% ont présenté un pneumothorax. 54% ont nécessité le recours à la VNI et 4% les drogues vasoactives. Le taux de mortalité intra-hospitalière global était de 18%. La durée d'hospitalisation était de 38,6±52 heures. 62% sont sortis à domicile, 20% ont été transférés dans d'autres services dont 8% au service de réanimation.

Conclusion : Notre étude a montré que les causes de décompensation les plus fréquentes de la maladie BPCO sont cardiovasculaires (68%) avec recours à la VNI dans 54% des cas et une mortalité intra-hospitalière globale de 18%.

P 124 : INFECTIONS BRONCHOPULMONAIRES RESPONSABLES DE DECOMPENSATIONS AIGUES DE BPCO : PROFIL MICROBIOLOGIQUE ET IMPACT PRONOSTIQUE.

Auteurs : Guissouma J, Ghadhoun H, Brahmi H, Ben Ali H, Garbaa Y*, Ksouri M, Kamoun S, Houli R, Souissi S, Samet M.

Service : Service de réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

Introduction : Les décompensations aiguës des bronchopneumopathies chroniques obstructives (DABPCO) marquent un tournant dans l'évolution de la maladie respiratoire. L'infection bronchopulmonaire en constitue la principale cause. Leur prise en charge nécessite souvent une hospitalisation en réanimation et une assistance respiratoire.

Objectif : Le but de notre étude était de décrire les caractéristiques des patients admis pour DABPCO, le profil microbiologique des décompensations infectieuses, l'évolution et de rechercher les facteurs prédictifs de mortalité.

Méthode : C'est une étude rétrospective observationnelle analytique mono-centrique étalée sur 5 ans (d'août 2013 à août 2018) incluant toutes les hospitalisations pour DABPCO. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS 23.

Résultat : Quarante-neuf patients étaient inclus, d'âge moyen 67±9 ans avec un sex-ratio de 3,9. Cinquante pour cent appartenaient au stade GOLD 3 et 79% étaient tabagiques. Des antécédents de ventilation invasive (VI) 21±9 étaient notés respectivement dans 34% des cas. La durée moyenne d'évolution de la BPCO était de 9±5 ans avec un nombre moyen de décompensations par an de 1,9±0,9. L'IGSII et l'APACHE II moyens étaient respectivement 38±15 et 20±8. L'étiologie infectieuse était la principale cause de DABPCO : 69% des cas. Les principaux germes isolés étaient l'acinetobacter baumannii (15 cas), la klebsiella pneumoniae (8 cas) et le pneumocoque (5 cas). Le Ph moyen était de 7,28±0,2 et le rapport P/F moyen de 221. Un état de choc septique ainsi qu'un coma étaient notés chez respectivement 32% et 25% des patients. La VI était nécessaire dans 61% des cas. Des complications évolutives à type de choc septique et de SDRA étaient notées respectivement dans 33% et 11% des cas. La mortalité était de 40%. En analyse univariée ; le sexe masculin (p=0,006), le tabagisme (p=0,005), l'ancienneté de la BPCO (p=0,001), le nombre annuel d'exacerbations (p=0,001), les antécédents de VI (p=0,003), l'IGSII (p=0,02), le Ph (p<10-3), le choc septique (p<10-3) à l'admission ou lors de l'évolution et le SDRA comme complication évolutive (p=0,04) constituaient les facteurs pronostiques. Après analyse multivariée ; seul l'état de choc à l'admission était un facteur indépendant lié à la mortalité.

Conclusion : L'infection bronchopulmonaire était la principale cause de DABPCO néanmoins, son impact pronostique n'a pu être démontré dans notre travail. La mortalité dépendait de la sévérité de la BPCO à l'état de base, du tableau initial ainsi que les complications évolutives.

P 125 : DECOMPENSATION AIGUE DES INSUFFISANTS RESPIRATOIRES CHRONIQUES : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

Auteurs : M.EL KAOURI, Z.GHOUMMID,

Service : CHU MOHAMMED VI, service des urgences Ibn tofail

Introduction : L'insuffisance respiratoire aigue constitue un motif de consultation fréquent aux services des urgences chez les sujets en insuffisance respiratoire chronique. Elle doit être diagnostiquée à temps pour une prise en charge précoce et adéquat.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'étudier le profil épidémiologique de cette population.

Méthode : C'est une étude rétrospective étendue sur 7 mois menée au service des urgences Mohamed VI, colligeant 72 patients connus porteurs d'une insuffisance respiratoire chronique, admis dans un tableau de décompensation aigue.

Résultat : Sur 72 dossiers analysés, on a noté une prédominance masculine avec un sexe ratio à 3,6. L'âge moyen était de 62ans. L'insuffisance respiratoire chronique était de type obstructive chez 58 patients, restrictive chez 10 patients et mixte chez 4 patients porteurs de silicose. Le tabagisme était retrouvé chez 55 malades dont 51 hommes. Les comorbidités ont été rencontrées chez 31 cas. L'HTA était la principale tare trouvée chez 14 malades suivie du diabète chez 7 malades.

Conclusion : La décompensation aigue représente un motif fréquent de consultation aux urgences chez l'insuffisant respiratoire chronique. L'amélioration de la prise en charge et l'établissement d'une stratégie préventive sont basées sur l'analyse des critères épidémiologiques de cette population particulière

P 126 : FACTEURS PRONOSTIQUES DES DÉCOMPENSATIONS AIGUËS DES BRONCHOPNEUMOPATHIES CHRONIQUES OBSTRUCTIVES NÉCESSITANT LA VENTILATION MÉCANIQUE.

Auteurs : Guissouma J, Ghadhouna H, Brahmi H, Ben Ali H*, Ksouri M, Garbaa Y, Kamoun S, Houli R, Souissi S, Samet M.

Service : Service de réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

Introduction : L'évolution des bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) est émaillée par certaines exacerbations dont les plus graves sont appelées décompensation aigues (DA) et nécessitent souvent une ventilation invasive (VI). La mortalité des patients mis sous VI pour DABPCO est très élevée.

Objectif : Le but de notre travail était de décrire le profil épidémiologique des patients admis pour DABPCO nécessitant la VI, le tableau clinique et l'évolution afin d'en déduire les facteurs pronostiques.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle analytique mono-centrique étalée sur 4 ans incluant les patients hospitalisés au service de réanimation médicale de Bizerte pour DABPCO nécessitant la VI. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 23.

Résultat : Cinquante-huit patients étaient inclus, d'âge moyen 68 ± 9 ans avec un sex-ratio de 4,8. Cinquante-cinq pour cent appartenaient au stade GOLD 3 et 81% étaient tabagiques. La durée moyenne d'évolution de la BPCO était de 10 ± 6 ans. Des antécédents d'hospitalisation en réanimation et de VI étaient notés respectivement dans 43% et 34% des cas. Le délai moyen de consultation était de 6 ± 5 jours. L'IGS II et l'APACHE II moyens à l'admission étaient respectivement de 42 ± 15 et 21 ± 9 . Les taux moyens du Ph et du rapport P/F étaient respectivement $7,25 \pm 0,13$ et 217 ± 107 . L'étiologie infectieuse était la principale cause de DABPCO (65% des cas). Un état de choc septique était noté chez 22% des patients. La VI était initiée d'emblée dans 40% des cas et après échec de la ventilation non invasive dans 60% des cas. Des complications évolutives infectieuses associées à un choc septique étaient notées dans 48% des cas. La durée moyenne de VI était de 18 ± 16 jours et celle du séjour était de 22 ± 21 jours. La mortalité était de 62%. En analyse univariée ; le sexe masculin, le tabagisme, l'ancienneté de la bronchopneumopathie chronique obstructive, le nombre annuel d'exacerbations, les antécédents d'hospitalisation en réanimation et de VI, le délai de consultation, l'APACHE II, le pH, le choc septique (à l'admission ou lors de l'évolution) et le recours aux drogues vaso-actives constituaient les facteurs pronostiques.

Après analyse multivariée ; l'état de choc à l'admission ($p=0,001$) et lors de l'évolution ($p=0,017$) étaient les deux facteurs indépendants liés à la mortalité.

Conclusion : La sévérité de la maladie respiratoire à l'état de base, la gravité de la décompensation, le délai et la qualité de la prise en charge conditionnaient le pronostic vital lors des DABPCO dans notre travail.

P 127 : BRONCHO-PNEUMOPATHIES CHRONIQUES OBSTRUCTIVES SÉVÈRE : INTÉRÊT DE LA VENTILATION NON INVASIVE À DOMICILE À LONG TERME

Auteurs : F. Boukadida, C. Moussa, I. Khouaja, A. Khatib, I. Zende, H. Ghedira

Service : pavillon 1 hopital abderahmen mami ariana, Ariana, Tunisie

Introduction : En Tunisie, bien que fréquemment prescrite, peu de données concernant la ventilation non invasive à domicile sont rapportées.

Objectif : But : évaluer la pratique actuelle de la VNI à domicile chez le BPCO au stade d'insuffisance respiratoire chronique hypercapnique.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale rétrospective entre 2012 et 2019, réalisée au service de pneumologie : pavillon I de l'hôpital Mami de Ariana incluant des patients BPCO sous VNI à domicile au long cours. La base de données a été récupérée

des données du dossier médical et du prestataire de service qui a assuré le suivi à domicile de la VNI. La qualité de vie après VNI a été mesurée selon une échelle visuelle analogique de 0 à 100. Une bonne observance a été définie par une utilisation ≥ 4 heures la nuit.

Résultat : Nous avons colligé 23 patients âgés en moyenne de 66,86 ans. Avec une prédominance masculine à 78,3%. L'indication de la VNI à domicile a été posée au décours d'une exacerbation hypercapnique de BPCO avec un échec de sevrage de la VNI. Les patients avaient un score de qualité de vie à 52,9 en moyenne. Une bonne observance a été notée chez 56,5% des malades. Les principales causes de non-observance étaient : machine en panne (21,7%), des raisons socio-économiques (26,1%), effets indésirables (17,4%). On a noté une réduction statistiquement non significative ($p=0,19$) du nombre d'hospitalisations après mise en route de la VNI et une diminution statistiquement significative de 83% ($p=0,02$) de recours à la réanimation au cours de ces hospitalisations. Une amélioration statistiquement significative sur le plan fonctionnel : Une diminution de la PaCO₂ de 20 mmHg ($p=0,01$), Une amélioration de la PaO₂ de 21 mmHg ($p=0,02$) et Une amélioration de 4,55 des chiffres du VEMS ($p=0,03$). Le taux de survie à un an était de 98,3%

Conclusion : L'intérêt de la VNI à domicile chez les BPCO sévères reste controversé. Dans notre étude on a noté une amélioration respiratoire fonctionnelle (gazométrique et spirométrique), mais surtout une diminution significative des hospitalisations en réanimation.

P 128 : LA VENTILATION NON INVASIVE (VNI) DANS L'EXACERBATION SEVERE DE L'ASTHME (ESA), UNE NOUVELLE ATTITUDE THERAPEUTIQUE ? A PROPOS DE DEUX CAS

Auteurs : D.Ben Braiek*, I.Missaoui, A.Selmi, A.Mahmoudi, M.Khrouf, M.Methamem

Service : Service des urgences, CHU Farhat Hached, Sousse.

Introduction : Bien que la VNI semble avoir des effets bénéfiques dans l'ESA, les experts ne sont pas en mesure de proposer une recommandation pour son utilisation. Nous rapportons deux cas illustrant l'efficacité de la VNI dans l'ESA s'aggravant sous traitement médical.

Cas clinique : 1^{er} cas : Patient M.M âgé de 39 ans ayant un asthme allergique mal contrôlé a consulté les urgences pour une toux et une dyspnée sifflante depuis 3 jours. Il avait une polypnée avec un tirage intercostal, des râles sibilants diffus, une tachycardie sans signes d'insuffisance circulatoire aigue. La radiographie du thorax a montré une distension thoracique. La gazométrie a objectivé une acidose métabolique, une hypoxémie et une normocapnie. Le traitement initial consiste à des nébulisations répétées par le sulfate de terbutaline et le bromure d'ipratropium, l'oxygénothérapie, l'administration de sulfate de magnésium et d'hydrocortisone par voie intraveineuse. Le bronchospasme a persisté malgré le traitement médical avec une aggravation clinique et gazométrique. Avant d'envisager l'intubation, une VNI a été pratiquée. On a noté une amélioration spectaculaire en une heure avec une disparition de bronchospasme. 2^{ème} cas : Patient R.K âgée de 29 ans asthmatique depuis l'enfance mal observante, a consulté les urgences pour une dyspnée sifflante brutale sans toux ni fièvre ni douleur thoracique. L'examen a révélé une polypnée avec un tirage intercostal, une tachycardie et une hypoxémie à l'air ambiant. L'auscultation pulmonaire a objectivé un bronchospasme sévère. La radiographie de thorax a montré des poumons hyper-claires avec horizontalisation des côtes. Malgré l'administration des aérosols, une oxygénothérapie, de sulfate de magnésium et une corticothérapie en intraveineux, l'état respiratoire s'est détérioré avec aggravation gazométrique. La patiente a été mise sous VNI qui était bien tolérée. Une amélioration clinique et gazométrique après 2 heures de VNI a été objectivée.

Conclusion : La VNI, comme une modalité de prise en charge d'ESA s'aggravant sous traitement médical bien conduit aux urgences, semble être à l'origine d'une évolution rapide et favorable. Ces données nécessitent d'être validées à travers de futures études prospectives et multicentriques.

P 129 : LA VENTILATION NON INVASIVE (VNI) AU COURS DES PNEUMOPATHIES HYPOXEMIANTE : A PROPOS DE DEUX CAS

Auteurs : S.Chouchène*, J.Mahmoud, S.Bel Hadj Youssef, A.Meftah, A.Touil, H.Hmouda

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

Introduction : La ventilation invasive (VI) est souvent nécessaire face à une insuffisance respiratoire aigue compliquant une pneumopathie hypoxémiant. Toutefois le recours à la VNI peut parfois épargner le recours à la VI. Nous rapportons deux cas où la VNI était salvatrice.

Cas clinique : Cas 1 : patient âgé de 48 ans, tabagique à 60 PA, admis en réanimation pour pneumopathie hypoxémiant avec à l'examen : une fièvre à 38,5°C, une SaO₂ à 89% à l'air ambiant, une polypnée à 29 cycle par min. La PaO₂ était à 48 mmHg ; le pH à 7.42; la PaCO₂ à 43 mmHg. La radiographie thoracique a révélé un hémithorax gauche opaque (fig1) et à la TDM thoracique une condensation du lobe inférieur gauche et du segment apical de la lingula avec épanchement pleural gauche de faible abondance. La biologie a révélé un syndrome inflammatoire biologique. L'Enquête bactériologique était négative. Le traitement était basé sur une antibiothérapie (C3G + Ofloxacine + Azithromycine), drainage de posture et VNI toute les 2H puis relais par oxygénothérapie conventionnelle. L'évolution était marquée par une amélioration clinique (eupneique, SaO₂ =99%), gazométrique (PaO₂ :74 mmHg) et radioscanographique (fig2). Cas 2 : Patient âgé de 78 ans diabétique, hypertendu, coronarien, tabagique à 150 PA a été admis pour PEC d'une pneumopathie hypoxémiant. Il était polypnéique à 30 c/min avec toux ramenant des sécrétions purulentes, SaO₂ à 87 %. Les GDSA montraient une hypoxémie sévère (PaO₂=54 mmHg). La radiographie thoracique a révélé un infiltrat alvéolo-interstitiel bibasal. La TDM thoracique a mis en évidence un aspect de pneumopathie bibasale d'origine infectieuse. L'évolution était favorable sous oxygénothérapie en alternance avec la VNI et l'antibiothérapie.

Conclusion : La VNI devrait être toujours tentée en première intention devant une pneumopathie hypoxémiant avec insuffisance respiratoire aigue. Ses modalités devraient être adaptées à chaque patient afin de garantir une meilleure tolérance clinique.



Fig1: Radiographie thoracique à l'entrée



Fig2: Radiographie thoracique après VNI

P 130 : LE TAUX D'ÉCHEC DE LA VNI CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS EN RÉANIMATION POUR DÉCOMPENSATION DE BPCO DÉPEND- T-IL DE SERVICE D'ORIGINE DES PATIENTS

Auteurs : Saba Makni , Oussama Jaoued , Rim Gharbi, Yosri Ben Ali, Fekih Hassen M, Habiba Ben Sik Ali , Elatrous S

Service : Service de réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia

Introduction : La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique fréquente et grave. En unité de soins intensifs, la prise en charge ventilatoire de la BPCO prend toute son ampleur et repose essentiellement sur la ventilation non invasive (VNI). La précocité de l'instauration de la VNI constitue un élément important de sa réussite

Objectif : Déterminer si le taux d'échec de la VNI chez les patients hospitalisés en réanimation pour décompensation de BPCO dépend ou pas de service d'origine des patients et les facteurs associés à l'échec de la VNI.

Méthode : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective menée dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia entre Janvier 2012 et Décembre 2017. Tous les patients admis pour exacerbation de BPCO par une trachéobronchite et traités par VNI en réanimation durant les premières 24h ont été inclus. Nous avons comparé les patients provenant des urgences et les patients transférés des autres services (pneumologie, médecine...). Une analyse uni-variée et multi-variée ont été réalisées afin d'identifier les facteurs de risque d'échec de la VNI

Résultat : Durant la période de l'étude 162 patients d'âge médian 72 ans [IQR (63-77)] et de SAPSII moyen 25 ± 9 ont été inclus. Les co-morbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle (37%) et le diabète (13%). La majorité des patients étaient originaires de service des urgences (84% vs 16%). Le taux d'échec de la VNI était de 23,5%. La mortalité en réanimation était de 10%. En comparant les patients transférés des urgences versus les autres patients il n'avait pas de différences significatives concernant l'âge, le SPASII, les paramètres gazométriques. La VNI était instaurée chez 60% des patients aux urgences contre 50% au service de pneumologie ($p=0,5$). Le taux d'échec de la VNI était de 24% chez les patients issus des urgences vs 23% dans l'autre groupes, $p=0,9$). La durée de la VNI et la durée de séjours en réanimation étaient similaires dans les deux groupes. La mortalité était de 10% dans le groupe des patients issu des urgences contre 4% dans l'autre groupe $p=0,4$). En analyse multivariée les facteurs associés à l'échec de la VNI étaient le score de gravité SAPSII [OR= 1,086, IC (1,040-1,135) $p<0,001$ et la capnie [OR=1,050 IC(1,023-1,077), $p<0,001$].

Conclusion : Dans notre étude le service d'origine des patient admis en réanimation pour décompensation de BPCO et nécessitant le recours à la VNI n'était pas associé à l'échec de la VNI.

P 131 : PREDICTIVE FACTORS OF NON-INVASIVE VENTILATION FAILURE IN ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY FAILURE AT EMERGENCY DEPARTMENT

Auteurs : Y. Yahia, A. Mghirbi*, K. Zaouche , R. Baccouche, H. Mhadhbi, N. Zaouak, H. Maghraoui, K. Majed

Service : La Rabta Teaching Hospital Emergency Department

Introduction : Non invasive ventilation (NIV) is often performed in elderly patients with acute respiratory failure (ARF) at Emergency Department (ED). This technique may be subject to many difficulties, due to the presence of frequent co-morbidities.

Objectif : The aim of this study was to identify the predictive factors of NIV failure in elderly patients with ARF at ED.

Méthode : This was a retrospective study conducted at ED on one year and four months including patients aged more than 65 years and who required the use of NIV for an ARF. All data were collected and analyzed using the SPSS 22 software. Patients were divided into two groups: NIV failure and NIV success. NIV failure was defined by inhospital mortality, requirement of intubation or hospitalization at intensive care unit.

Résultat : During the study period, a total of 75 elderly patients that required NIV for ARF were included. Median age was 74 years (min=65,max=88) and sex ratio was 2.57. The median Charlson index was 5 (min=3,max=9). The etiological diagnoses of ARF were acute decompensation of chronic obstructive pulmonary disease (72%), acute heart failure (61%), pneumonia (37%) and pulmonary embolism (1%). The ARF was hypercapnic in 71% of cases and non hypercapnic in 39%. NIV failure concerned 32%. Predictive factors of NIV failure were clinical signs of right heart dysfunction (p<0,05), C reactive protein (p=0,004), initial pH (p=0,044) and kidney dysfunction (p<0,05).

Conclusion : In our study, NIV failure in elderly patients with ARF at ED was influenced by clinical signs of right heart dysfunction, C reactive protein, initial pH and kidney dysfunction. These factors could be useful to better guide therapeutic decisions.

P 132 : DIFFERENCES CLINIQUES ET PRONOSTIQUES DU SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUE PULMONAIRE VERSUS EXTRA- PULMONAIRE : ETUDE DE COHORTE RETROSPECTIVE

Auteurs : H.Fazzeni* ; A.Trifi ; A.Mehdi ; E.Seghir ; M.Tobich ; F.Daly ; Y.Touil ; S.Abdellatif ; S. Ben Lalkhal

Service : Hôpital la Rabta, service de réanimation médicale

Introduction : Le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) est une affection grave dont les aspects étiologiques sont polymorphes grevée d'une lourde mortalité de l'ordre de 40%. Peu d'études ont comparé les différentes caractéristiques des SDRA d'origine pulmonaire versus extra-pulmonaire.

Objectif : Etudier les différences des caractéristiques cliniques, biologiques, gazométriques, thérapeutiques et évolutives d'un SDRA d'origine pulmonaire versus extra-pulmonaire.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective comparative descriptive avec une approche analytique dans un service de réanimation médicale. Tous les patients ayant présenté un SDRA entre janvier 2016 et aout 2019 ont été inclus. Un SDRA a été retenu selon les critères de Berlin : -installation depuis moins d'une semaine -opacités pulmonaires bilatérales -un rapport PaO₂/FiO₂ < 300 avec une PEEP ≥ 5 cmH₂O -exclusion d'une insuffisance cardiaque ou d'une surcharge hydrique Un SDRA a été considéré pulmonaire quand la cause était une affection directe du parenchyme pulmonaire et extra-pulmonaire si le processus inflammatoire provenait d'autres sites.

Résultat : Nous avons colligé 59 patients chez qui un SDRA a été diagnostiqué dont l'origine pulmonaire était prédominante dans 83% des cas. Nous avons obtenu deux groupes : groupe SDRA pulmonaire (n=49) et groupe SDRA extra-pulmonaire (n=10). Le tableau 1 illustre les différentes étiologies et caractéristiques cliniques dans les deux groupes. Les antécédents pathologiques étaient comparables à l'exception du diabète qui était plus fréquent dans le groupe SDRA extra-pulmonaire (60% vs. 28%, p=0.05) et des pathologies respiratoires sous-jacentes exclusivement présentes dans le groupe SDRA pulmonaire (41.81%, p=0.017). Le score SOFA médian était plus élevé dans le groupe SDRA extra-pulmonaire (10 vs. 5, p=0.05). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant les paramètres biologiques et gazométriques à l'exception des taux de CRP, albuminémie et de bicarbonatémie qui étaient plus élevés dans le groupe SDRA extra-pulmonaire avec respectivement p=0.09, 0.024 et 0.017. Notre étude n'a pas montré de différence en termes de modalités thérapeutiques (ventilatoires ou autre) mis à part le recours initial à la ventilation non invasive qui était plus important dans le groupe SDRA extra-pulmonaire (p=0.017) L'incidence de l'insuffisance rénale aiguë était comparable par contre son évolution était favorable dans le groupe SDRA pulmonaire (p=0.067). Les différences n'étaient pas statistiquement significatives en termes de mortalité globale (p=0.86), de même concernant la durée de la ventilation mécanique et la durée du séjour (p=0.59).

Conclusion : A l'encontre de nos attentes, les SDRA pulmonaires et extra-pulmonaires étaient plutôt comparables dans leurs aspects clinico-biologiques et thérapeutiques et en termes de pronostic et de mortalité.

Tableau 1 : Principales comparaisons entre les étiologies et les caractéristiques cliniques des patients présentant des SDRA pulmonaires vs. extra-pulmonaires

Variable	SDRA pulmonaire [n=49]	SDRA extra-pulmonaire [n=10]	Valeur de p
Etiologies	PAC: 29 [59.2%] PAVM: 11 [22.4%]	Sepsis extra-pulmonaire: 6 [60%] Pancréatite: 2 [20%]	
Age [années]	48.55 [17-66]	47.4 [15-42]	0.80
Sex ratio	1.45	1.5	0.96
Diabète	n=14 [28.2%]	n=6 [60%]	0.05
Antécédent de pathologie respiratoire	n=20 [41.81%]	n=0	0.017
Score SOFA	5 [3-8]	10 [4.75-11]	0.05
PaO ₂ /FiO ₂	115 [86.5-143]	133.5 [95-213.75]	0.21
PEEP [cmH ₂ O]	10 [8-12]	10 [9.5-12]	0.56
Pression de plateau [cmH ₂ O]	25 [22-28]	24.5 [22.75-26.25]	0.52
CRP [mg/l]	155 [64-261.5]	261.5 [131.75-342.25]	0.09
Albuminémie [g/l]	20 [18.25-27.5]	13 [12-13]	0.024
Bicarbonates [mmol/l]	22 [18.5-28]	18 [13-21.25]	0.017
Durée de ventilation mécanique [jours]	10 [6-18]	11 [4.75-26.25]	0.59
Mortalité globale	n=38 [77.6%]	n=8 [80%]	0.86

PAC, pneumopathie aiguë communautaire; PAVM, pneumopathie acquise sous ventilation mécanique; SOFA, sequential organ failure assessment; PEEP, positive end-expiratory pressure; CRP : protéine C-réactive

P 133 : FACTEURS PRÉDICTIONNELS D'ÉCHEC DE LA VENTILATION NON INVASIVE AU COURS DU SYNDROME DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE AIGUE

Auteurs : Bouker N, Jamoussi A, Ayed S, Lakhder D, Ben Khelil J, Besbes M

Service : Service de réanimation médicale, Hôpital Abderrahmen Mami de pneumologie, Ariana, Tunisie

Introduction : La prise en charge du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) repose essentiellement sur la ventilation mécanique. Le choix de la ventilation non invasive (VNI) comme assistance ventilatoire au cours du SDRA reste un sujet de controverse et aucune recommandation n'est établie.

Objectif : L'objectif de notre étude était d'établir les facteurs prédictifs d'échec de la VNI au cours du SDRA.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective entre janvier 2015 et Mars 2019, menée dans le service de réanimation de l'hôpital Abderrahmen Mami. Ont été inclus les malades admis pour SDRA selon les critères de Berlin et recevant une VNI/CPAP en 1^{ère} intention. Les patients ayant bénéficié de VNI dans le cadre d'une pré-oxygénation avant l'intubation n'ont pas été inclus. Ceux chez qui une décision de limitation thérapeutique a été prise ont été secondairement exclus. Les caractéristiques cliniques, ventilatoires et évolutives ont été relevées. Une analyse univariée puis multivariée ont été faites pour déterminer les éventuels facteurs prédictifs d'échec de la VNI.

Résultat : Durant la période d'étude, 102 patients ont été inclus. L'âge médian était de 55 ans et le sex-ratio de 1.48. A l'admission, le SDRA était sévère (n=50 ; 49%), modéré (n=40 ; 39%) et léger (n=12 ; 12%). La VNI était la modalité ventilatoire initiale dans 79,4% des cas et la CPAP chez 20,6% des patients. Le taux d'échec de la VNI était à 71,6% avec un délai médian de 1 jour [1-11]. Les facteurs associés à l'échec de la VNI déterminés par l'analyse univariée étaient : l'âge (58 vs 45 ans ; p=0,008), le score de gravité Acute Physiologic And Chronic Health Disease Classification System II (APACHE II) (15,5 vs 9 ; p=0,001), antécédents de pathologies respiratoires (31,5% vs 10,3% ; p=0,027), le SDRA sévère (57,5% vs 27,5% ; p=0,004), une étiologie virale (11% vs 38% ; p=0,001) et le niveau de Pression expiratoire positive (PEEP) à l'admission (8 vs 10 ; p=0,016). La recherche de facteurs prédictifs indépendants d'échec de la VNI en analyse multivariée est illustrée par le tableau 1. La durée de séjour médiane était de 9 jours et la mortalité en réanimation était à 61,8%.

Conclusion : Le taux d'échec de la VNI au cours du SDRA était de 71,6%. Les facteurs prédictifs indépendants d'échec de la VNI identifiés étaient le SDRA sévère et un niveau de PEEP réglé à moins de 9 cmH₂O.

TABEAU 1 : ANALYSE MULTIVARIÉE : FACTEURS PRÉDICTIONNELS INDÉPENDANTS D'ÉCHEC DE LA VNI AU COURS DU SDRA

Variables	Échec VNI N=73	Succès VNI N=29	Odds Ratio (OR)	Intervalle de confiance (IC) 95%	p
APACHE II > 10 n(%)	20 (27,4%)	2 (7%)	34,8	1,797-676,542	0,019
Antécédents respiratoires n(%)	23 (31,5%)	3 (10,3%)	NS	NS	NS
PEEP < 9 cmH ₂ O n(%)	43 (59%)	10 (34,5%)	23	1,296-408	0,033
SDRA viral n(%)	8 (11%)	11 (38%)	NS	NS	NS
SDRA sévère n(%)	42 (57,5%)	8 (27,5%)	45,4	1,653-125,224	0,024

N : Nombre ; % : pourcentage ; NS : Non significatif; APACHE II: Acute Physiologic And Chronic Health Disease Classification System II; PEEP: Pression expiratoire positive ; SDRA : syndrome de détresse respiratoire aiguë.

P 134 : SUCCESSFUL MANAGEMENT OF SEVERE ARDS WITH NONINVASIVE MECHANICAL VENTILATION, A CASE REPORT AND REVIEW OF THE CURRENT LITERATURE

Auteurs : S.Bel Haj Youssef*, A.Meftah, S.Chouchène, H.Hmouda.

Service : Medical Intensive Care Unit, Sahloul University Hospital, Faculty of Medicine of Sousse, Tunisia.

Introduction : The impact of non invasive ventilation (NIV) on the management of ARDS is still debated. We present the case of an 84-year old woman who developed severe ARDS, illustrating the successful management and favorable outcome with NIV.

Cas clinique : An 84-year old woman with a history of chronic renal failure with preserved diuresis, presented to the emergency department with a 10-day history of fever and progressive worsening dyspnea about three days before admission. She was conscious with marked tachypnea (respiratory rate 30 breaths/min), desaturation to 90% on room air, and diffuse crackles. Arterial blood gas analysis (ABG) documented severe hypoxemia (pH= 7.38; PaCO₂= 29 mmHg; HCO₃= 17mmol/L; PaO₂= 55 mmHg; Pao₂/Fio₂=96 ; Sat= 88% ; lactate=4.3 mmol/l). Chest x ray revealed bilateral diffuse alveolar infiltrates with normal cardiac size. Echocardiography was reported normal. Hemodynamic parameters were within normal limits. Temperature was 39.3 °C. Total leukocyte count was 18570/mm³ with 84% neutrophils. CRP was elevated at 111mg/l and procalcitonin was positive (1,48ng/ml). The diagnosis of ARDS related to infectious pneumonitis was considered. The patient was admitted to our ICU and NIV was promptly started. Ventilator settings were: pressure support (PS) 14 cmH₂O; positive end-expiratory pressure (PEEP) 5 cmH₂O; FiO₂ was adjusted to pulse oxymetry. Antibiotic therapy was initiated (cefotaxim/ofloxacin: 3 g/200mg). Within an hour of starting ventilation there was significant improvement in respiratory rate, which decreased from 30 to 22 breaths/min and a significant improvement in ABG was noted. The patient had multiple 2-hour sessions of NIV as tolerated, and then switched to Oxygen therapy with nasal cannula until complete weaning of oxygen. Trends of gas analysis parameters are reported in Graph 1. Outcome was favorable and invasive ventilation was avoided.

Conclusion : The use of NIV in ARDS is still controversial, and it is important to be aware of the potential limitations and pitfalls of this treatment, which, when properly applied, could improve oxygenation and reduce the incidence of endotracheal intubation.



Graph 1. Trends of gas analysis parameters

P 135 : LE SYNDROME DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE AIGUE EN RÉANIMATION: MORTALITÉ ET FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC

Auteurs : M.Boughanmi*, F.Daly, A.Trifi, Y.Touil, S.Abdellatif, S.Ben Lakhal

Service : Hôpital La Rabta, Service de réanimation médicale

Introduction : Le syndrome de détresse respiratoire aigüe (SDRA) reste grevé d'une mortalité élevée et dépend de plusieurs données et ceci malgré l'amélioration des progrès thérapeutiques.

Objectif : L'objectif de notre travail est de déterminer la mortalité du SDRA ainsi que les principaux facteurs pronostiques.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique et étalée sur une période de 42 mois. Tous les patients âgés de plus de 15 ans, ayant développé un SDRA et ayant séjourné plus que 24 heures ont été inclus. Toutes les données clinico-biologiques à l'admission, à J2, à J7 et à J14 d'évolution ont été recueillies. Les facteurs pronostiques ont été identifiés par une analyse multivariée (SPSS.23 Fr).

Résultat : Au total, 60 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 51,7 ans ($\pm 16,4$) et le genre ratio de 1,3. Au moins un antécédent était présent chez 46 patients (77%) et l'index de Charlson médian était de 1 (0-3,75). Les scores IGS II et APACHE II moyens étaient respectivement de 37,7 ($\pm 12,9$) et 15,9 ($\pm 7,8$). Le SDRA était classé sévère dans 22% des cas, modéré dans 45% des cas et léger dans 33% des cas. Le facteur de risque de SDRA le plus fréquent était infectieux (92%). Le recours à la ventilation mécanique invasive (VMI) était nécessaire dans 56 cas (93%) dont 36 d'emblée (64%) et 20 (36%) après un échec de la ventilation non invasive (VNI). Le taux de mortalité était de 72%. Les facteurs de mauvais pronostic étaient le recours à la VMI après échec de la VNI ($p=0,028$), la survenue d'un état de choc durant la prise en charge ($p=0,005$) et la diminution ou l'augmentation mais qui reste inférieure à 3,1 mmHg du rapport P/F entre J1 et J7 ($p=0,008$). Les patients décédés avaient une durée de séjour moins importante que les autres patients ($p=0,001$).

Conclusion : La mortalité des patients en SDRA est élevée (72%). Le pronostic est lié au recours à la VMI après l'échec de la VNI, la survenue d'un état de choc et l'absence d'amélioration du rapport P/F entre J1 et J7 de prise en charge. La durée de séjour est moins importante chez les patients décédés.

P 136 : LES FACTEURS PREDICTIFS D'UNE VENTILATION MECANIQUE PROLONGEE (VMP) CHEZ LES SUJETS AGES EN REANIMATION

Auteurs : D.Ben Braiek* (1), J.Mahmoud (1), R.Ben Debbabis (1), M.Ben Rejeb (2), H.Hmouda (1)

Service : (1) Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse. (2) Service de Prévention et de Sécurité des Soins, CHU Sahloul, Sousse.

Introduction : La VMP prédispose les patients, particulièrement les sujets âgés, à de nombreuses complications et s'accompagne d'une augmentation de la morbi-mortalité. L'identification des patients à risque de VMP peut modifier les stratégies ventilatoires afin de réduire sa durée et ses complications.

Objectif : Evaluer l'incidence de la VMP chez les sujets âgés en réanimation et en identifier ses facteurs prédictifs.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale analytique rétrospective menée entre janvier 2013 et décembre 2016 incluant les patients âgés de 65 ans ou plus nécessitant une ventilation mécanique invasive. Les données anamnestiques, cliniques et pronostiques étaient recueillies à partir des dossiers des malades. La VMP est définie comme étant supérieure ou égale à 7 jours correspondant au moment où la trachéotomie est généralement envisagée. Les patients étaient répartis en 2 groupes ceux qui ont dépassé 7 jours de VM et ceux qui n'ont pas dépassé les 7 jours. La comparaison entre les groupes a fait appel à l'analyse univariée et multivariée.

Résultat : Cinquante-et-un malades répondaient aux critères d'inclusions. L'âge médian était de 75 ans [70-81] avec une prédominance masculine (68,6%). Dix-huit (35,3%) avaient une insuffisance respiratoire chronique préalable. Les médianes des scores de gravité APACHE II, SAPS II et SOFA étaient respectivement 19[14-31], 38[33-46] et 6[4-10]. Les indications de la ventilation mécanique étaient essentiellement respiratoires, soit une pneumopathie hypoxémiante chez 22(43,1%) patients et œdème aigu du poumon chez 14(27,5%) patients, et/ou neurologiques chez 10(27,5%) patients. Trente-six(70,6%) malades étaient intubés avant leur admission en réanimation. Les complications survenues étaient principalement : infections nosocomiales chez 32(47,1%), insuffisance rénale aiguë chez 35(68,6%), troubles ventilatoires chez 11(21,6%), anémie chez 28(54,9%) et un syndrome de sevrage aux sédatifs chez 12(23,5%) patients. La médiane du séjour était 8 jours [5-14] et le taux de mortalité était de 43,1%. Vingt-six (51%) patients ont nécessité une ventilation mécanique pendant une durée dépassant 7 jours. Dans cette étude, les variables indépendamment associées à la ventilation mécanique prolongée étaient les suivantes : le syndrome de sevrage aux sédatifs (OR=31,5 ; IC95% [1,7- 588,3] ; p=0,021), la survenue d'une infection nosocomiale (OR=6,9 ; IC95% [1,1-44,6] ; p=0,041) ou d'une insuffisance rénale aiguë (OR=35,1 ; IC95% [3,5-351,3] ; p=0,002) ou d'une anémie (OR=8,3 ; IC95% [1,4-51,6] ; p=0,023).

Conclusion : A l'issue de notre travail, les sujets âgés intubés présentant un syndrome de sevrage aux sédatifs et ceux dont le séjour s'est compliqué d'une infection nosocomiale, une insuffisance rénale aiguë ou une anémie sont à risque d'une ventilation mécanique prolongée.

P 137 : LE SYNDROME DE DETRESSE REPIRATOIRE AIGU POST TRAUMATIQUE : PREVALENCE, LESIONS ASSOCIEES ET PRONOSTIC : ETUDE RETROSPECTIVE DE 72 TRAUMATISES THORACIQUES

Auteurs : O.Turki, S.bradaii, M.Yousfi, A.Bouattour , R.Ammar, N.Baccouche , H.CHelly, M.Bahloul, M.Bouaziz

Service : Réanimation Polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : Les traumatismes thoraciques représentent une affection fréquente et potentiellement grave motivant une hospitalisation en milieu de réanimation. Parmi les complications majeures rencontrées chez le patient traumatisé, les atteintes respiratoires occupent une place prépondérante dans leur prise en charge de par leur nature menaçante à la survie du patient. Les causes menant à la défaillance ventilatoire sont multiples et peuvent survenir le long de sa prise en charge.

Objectif : L'objectif de cette étude est de étudier la prévalence de SDRA chez les patients traumatisés thoracique et d'analyser les facteurs associées à cette complication ainsi que son impact pronostic.

Méthode : il s'agit d'une étude rétrospective qui a été réalisée pour une période de 6 premiers mois de l'année 2019 ou tous les patients ayant des lésions thoraciques post traumatique ont été intégrés . Le diagnostic de SDRA a été retenu selon les critères de BERLIN .

Résultat : Toute la population étudiée répondait à la définition d'un polytraumatisé. La moyenne d'âge des patients était de 33,2 ans avec des extrêmes allant de 1 à 69 ans et le sex ratio était à 5 .Les accidents de la voie publique étaient la première cause retrouvée (89,5%). Le score moyen de MGAP était 22.6 et de TTS à 7,11. Les traumatismes thoraciques étaient fermés dans 46 cas (64%).Les lésions thoraciques étaient dominées par les contusions pulmonaires (77.8%) suivi de l'hémithorax (40.3%)et des fractures de cotes (30.6%). La contusion myocardique associées a été retrouvée chez 11 patients (15.3%) et l'atteinte aortique chez 18.1 % des patients. Quatre vingt quatre pourcent des patients ont bénéficié d'une ventilation mécanique .La moyenne de compliance thoraco-pulmonaire mesurée à l'admission était de 33 ml/cmH2O. L'évolution a été marquée par la survenue de 30 Pneumopathies acquises sous ventilation mécanique et 39% de SDRA et 18.9% d'embolie pulmonaire Le taux de mortalité été de 16.7%. La survenue de SDRA été associée de façon significative aux faites que le traumatisme thoracique soit fermé (p=0.036), ou associé à un hémithorax (p=0.02),à la ventilation mécanique initiale (p=0.028), à la survenue d'une embolie pulmonaire (p=0.005) et à la mortalité (p=0.031).

Conclusion : La survenue de SDRA post-traumatique est une complication fréquente du traumatisme thoracique qui nécessite un prise en charge particulière et qui assombri nettement le pronostic .

P 138 : EVALUATION DES CONNAISSANCES INFIRMIERES A PROPOS LES SOINS PREVENTIFS AUPRES DES PATIENTS PORTEURS D'UNE SONDE D'INTUBATION

Auteurs : F.Medhioub, R.Allala, M.Ben Amor*, M.Dlella, Y.Abdelkafi, A.Talbi, A.Nasri

Service : Service réanimation, HR Mahres

Introduction : Les complications associées aux soins en présence d'une sonde d'intubation présentent une pandémie dévastatrice de l'humanité. Elles réduisent l'espérance de vie, augmentent les dépenses de santé et entraînent des conséquences sur l'équilibre économique.

Objectif : décrire le niveau de connaissances des infirmiers à propos les soins préventifs auprès d'un patient intubé.

Méthode : Etude descriptive basée sur l'approche quantitative menée auprès des infirmiers affectés aux services de réanimation , des urgences et de dialyse de l'hôpital régional de Mahres

Résultat : Trente infirmiers ont participé à cette étude. Nous avons remarqué une prédominance masculine (60%) avec un sexe ratio (F/H) égale à 1.5. Plus que la moitié des infirmiers ont la licence appliquée en sciences infirmières (66.6%). Le tiers de la population

avait une ancienneté dans le service entre 1 et 5 ans. Seulement 20% des infirmiers interrogés respectent les précautions standards, tel que le lavage des mains, la friction par une solution hydro-alcoolique systématiquement et le port des gants dans chaque acte.

L'anti-bio-prophylaxie, a été jugé comme un des moyens les plus importants pour prévenir l'apparition des infections chez les patients intubés (56.6%). Seulement 16.6% des infirmiers connaissent les normes de l'aspiration. A propos de la mise en place et le changement de la canule de Guedel, seulement 23.3% des infirmiers avaient des connaissances suffisantes. A propos le changement de la fixation de la sonde d'intubation, 20% des infirmiers connaissaient les normes de son pratique. En ce qui concerne les soins bucco-dentaires, nous avons remarqué que plus que la moitié (56.6%) des infirmiers applique bien les règles de ces soins, malgré que seulement 10% d'entre eux utilisent les solutions antiseptiques. Pour le filtre anti-bactérien, la majorité des s interrogés (83.3%) le change chaque fois qu'il est souillé. Concernant les moyens de surveillance recommandés, les connaissances étaient potentiellement suffisantes, soit 56.6% des infirmiers interrogés (position de la tête, saturation...)

Conclusion : La majorité des infirmiers (78%) avait un niveau de connaissances jugé moyen lié à ce domaine de soins. L'absence de complications est un objectif tracé par les recommandations, ce qui exige la mise à jour du savoir et du savoir-faire des praticiens.

P 139 : LE PNEUMOTHORAX SPONTANE : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

Auteurs : F.Medhioub, R.Allala, M.Ben Amor*, A.Talbi, M.Dllela, Y.Abdelkafi, A.Walha, S.Bradai, A.Nasri

Service : *Service réanimation, HR Mahres*

Introduction : Le pneumothorax (PNO) est une urgence, affection fréquente en pathologie respiratoire et reste un problème de santé publique. Le plus souvent bien tolérée, mais pouvant engager le pronostic vital lorsqu'elle est compliquée. Le pneumothorax est défini par la présence de l'air dans la cavité pleurale normalement virtuelle responsable d'un collapsus partiel ou compliquée.

Objectif : Déterminer le profil épidémiologique, clinique et évolutif des patients hospitalisés au service de réanimation de Mahres pour la prise en charge de pneumothorax spontané.

Méthode : Etude retrospective menée au service de réanimation de Mahres sur une période de 2 ans et demi (1/4/2017 au 31/10/2019). Nous avons colligé les patients admis pour la prise en charge de pneumothorax spontané.

Résultat : Nous avons colligé 10 patients de sexe masculin admis pour la prise en charge de pneumothorax spontané. L'âge moyen a été de 26.5 ± 15.9 ans. Le tabagisme a été noté chez 80% des patients. La symptomatologie clinique a été la douleur thoracique (90%) et la dyspnée (60%). A la radiographie thoracique: un PNO unilatéral total (4 cas); partiel (5 cas); localisé (1 cas); à droite dans 60% et à gauche dans 40%. Nous avons recensé 70% de PNO spontanés primitifs et 30% de PNO secondaire (BPCO 20% et néo du poumon 10%). La prise en charge initiale a été le drainage thoracique et l'hospitalisation de tous les patients. Le retour du poumon à la paroi a été obtenu avant 7 jours chez 60%. Les complications ont été : l'emphysème sous cutané (5 cas), le bullage continu (2 cas) et les récidives après ablation du drain thoracique (2 cas). La symphyse chimique a été indiquée chez un patient et le traitement chirurgical (résection de bulle) chez un autre.

Conclusion : Le pneumothorax représente une pathologie fréquente en médecine d'urgence. Ce travail montre l'intérêt du drainage thoracique et la surveillance dans la prise en charge du pneumothorax pour éviter les complications et surtout pour éviter les récidives avec un éventuel recours à la chirurgie.

P 140 : RIGHT HEART THROMBI IN PULMONARY EMBOLISM.

Auteurs : Belkacem A, Jaoued O*, Ben Aicha I, Kalfallah A, Betout S, Dlala I, Sghaier A, Jerbi N, Kerkeni W, Elatrous S*, Marghli S.

Service : *CHU Tahar Sfar Mahdia , Service des Urgences, * Service de réanimation médicale*

Introduction : . The etiological diagnosis of respiratory distress with normal chest x-ray should be rapid in order to initiate etiological treatment. The use of a means of exploration in the bedside constitutes a new diagnostic procedure.

Cas clinique : 75-year-old man with vascular epilepsy and cardiac femoral bypass. He has had progressive dyspnea for two weeks. On admission he had dyspnea with a respiratory rate of 32 breaths / min, a pulse oximetry of 77% with ambient air, a blood pressure of 90/50 mmHg, a heart rate of 130 beats /min with cold extremities. Cardiopulmonary auscultation was normal. The chest x-ray was normal. ECG showed regular sinus rhythm, right branch block and epicardial ischemia in anteroseptal. Lactate dosages was 4 mmol/L. A bedside point of care ultrasound (POCUS) showed a severely dilated right ventricle , a paradoxical septum , and a mobile thrombi at the level of the right atrium. Immediately the appearance of mottling with decrease in oxygen saturation at 90% under oxygen with non re-breather face mask at 15 L / min is objective. These findings were consistent with acute cor pulmonale likely due to massive pulmonary embolism (PE). Thrombolysis with alteplase (100 mg over 120 min) was started. The evolution was favorable with disappearing signs of shock and weaning of oxygen on the 6th day.

Conclusion : The bedside POCUS revealed its immediate diagnostic value by identifying the likely cause of shock and acute respiratory failure. This observation illustrates the contribution of POCUS in the management of acute respiratory failure in the emergency department.

P 141 : FACTEURS PRÉDICTIFS DE MORTALITÉ CHEZ LES PATIENTS ADMIS AUX URGENCES POUR PNEUMOPATHIES AIGÜES COMMUNAUTAIRES

Auteurs : Kallel M, Chermiti I., Walha Y., Ghazali H., Ngach M., Chiboub S., Souissi S.

Service : Service des urgences SMUR hôpital régional de Ben Arous

Introduction : Les pneumopathies aiguës communautaires (PAC) sont un motif fréquent d'admission aux urgences et constituent une cause majeure de morbidité. Les scores et les algorithmes de prise en charge aident les cliniciens à mieux identifier les patients les plus à risque de décès.

Objectif : Le but de notre étude était d'étudier les facteurs prédictifs de mortalité à un mois chez les patients admis aux urgences pour PAC.

Méthode : Étude rétrospective à partir d'un registre local prospectif incluant les patients admis aux urgences pour PAC. Nous avons collecté les données anamnestiques, cliniques, paracliniques et évolutives. Suivi des patients à un mois. Nous avons comparé deux groupes : patients décédés vs patients survivants. Analyse univariée puis multivariée des facteurs prédictifs de mortalité à un mois.

Résultat : Nous avons inclus 250 patients. L'âge moyen était de 66,7±17 ans. Une prédominance masculine a été notée avec un sex-ratio de 1,17. Les Comorbidités retrouvées étaient l'hypertension 113(45%), le diabète 77(31%), la bronchite chronique 46(18%), la dyslipidémie 43(17%), la coronaropathie 35(14%), l'insuffisance rénale chronique 21(8%), une néoplasie ou hémopathie 9(4%) et l'antécédent de PAC 11(4%). Sur le plan clinique (%) : désaturation chez (23), hypotension (3) et fièvre (44). Sur le plan gazométrique : Une hypoxie a été notée chez 68% des patients et une hyperlactatémie chez 10%. Les classes 1, 2 et 3 du score de Fine incluaient 160 patients (64%). Cent-trente-deux patients (53%) ont été hospitalisés. Aucun patient n'a nécessité le recours à l'intubation orotrachéale. Sept patients ont été admis en réanimation médicale. Le suivi a été réalisé chez 75 patients. Une récurrence de pneumopathie a été observée chez 18 patients (24%). La mortalité était de 13% (n=10) à un mois. L'analyse multivariée a identifié deux facteurs indépendamment associés à un risque de décès à un mois : un antécédent de bronchopneumopathie [OR= 2,47, p= 0,013 et IC [1,21-5,04]] et un antécédent d'insuffisance cardiaque [OR =3,96 P=0,031, IC [1,13-13,93]]

Conclusion : Notre étude a retrouvé deux facteurs anamnestiques indépendamment associés à un risque mortalité à un mois. L'identification de ces facteurs et le calcul de scores permet aux urgentistes de catégoriser les patients dès la phase précoce d'une évaluation pour PAC.

P 142 : ATTEINTE RESPIRATOIRE SÉVÈRE AU COURS DE LA ROUGEOLE : À PROPOS D'UN CAS.

Auteurs : Guissouma J, Ksouri M*, Ghadhoun H, Brahmi H, Ben Ali H, Garbaa Y, Kamoun S, Houli R, Souissi S, Samet M.

Service : Service de réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougafja Bizerte.

Introduction : La rougeole est une maladie virale considérée pour longtemps comme une maladie pédiatrique bénigne. Néanmoins elle peut toucher les adultes avec souvent des tableaux graves. Nous rapportons le cas d'une bronchopneumopathie grave dans le cadre d'une rougeole chez un adulte.

Cas clinique : Monsieur S.S âgé de 41 ans, sans antécédents pathologiques, statut vaccinal inconnu, consulte les urgences pour dyspnée. Il a présenté depuis une semaine un syndrome grippal avec des épigastalgies à type de brûlures, nausées, vomissements et diarrhée. Trois jours après, apparition d'une éruption cutanée maculo-papuleuse non prurigineuse avec des intervalles de peau saine selon une évolution descendante avec notion de contagion familiale (2 neveux ayant eu la rougeole). A l'examen : fièvre à 39°C, bon état de conscience, cyanose, polypnée à 28 cycles/min avec des signes de lutte, SpO₂ à 74% à l'air ambiant, râles ronflants, tachycardie à 100 bpm avec PA 12/7 mmHg, traces de lésions cutanées et sensibilité épigastrique à la palpation. Biologie : syndrome inflammatoire biologique (GB=6680 el/mm³, CRP=300 mg/l), Hb=13.7g/dl, plaquettes=441000 el /mm³, TP=98%, pas de cholestase ni cytolysse, fonction rénale et ionogramme normaux. ECG : rythme régulier sinusal à 98 bpm, pas de troubles de la repolarisation. GDS à l'air ambiant : pH=7.38, PCO₂=35.9, HCO₃-=21.8, PaO₂=41.2, SaO₂=76.2%. Radiographie de thorax : syndrome bronchique bilatéral. Angioscanner thoraco-abdominal : syndrome bronchique avec épaississement péri-broncho-vasculaire diffus, duodénite sans signe de complications. Sérologie de la rougeole : positive. Le diagnostic de bronchopneumopathie associée à une duodénite virale dans le cadre d'une rougeole a été retenu. La conduite à tenir était une oxygénothérapie à 15l/mn, une antibiothérapie (amoxicilline-acide clavulanique et érythromycine) ainsi qu'une double dose d'inhibiteurs de la pompe à proton. L'évolution était favorable avec sevrage de l'oxygénothérapie au bout de 6 jours et régression des douleurs épigastriques.

Conclusion : L'atteinte respiratoire au cours de la rougeole constitue une complication grave pouvant engager le pronostic vital et nécessite une prise en charge adéquate en milieu de réanimation.

P 143 : PNEUMOPATHIES AIGÜES COMMUNAUTAIRES GRAVES : FACTEURS PRONOSTIQUES.

Auteurs : Guissouma J, Ghadhoun H, Ben Ali H*, Brahmi H, Ksouri M, Garbaa Y, Houli R, Kamoun S, Samet M, Souissi S.

Service : Service de réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougafja Bizerte.

Introduction : la pneumopathie aiguë communautaire grave (PACG) est la première cause infectieuse d'hospitalisation en réanimation. Sa prise en charge associe une antibiothérapie et un traitement ventilatoire avec recours souvent à la ventilation invasive. La mortalité demeure élevée atteignant 25 à 50%.

Objectif : L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, bio-cliniques, et évolutives des PACG afin d'en déduire les facteurs prédictifs de mortalité.

Méthode : c'est une étude rétrospective descriptive et analytique étalée sur une période de 4 ans (aout 2015 à aout 2019) dans l'unité de réanimation médicale de l'hôpital de Bizerte. Tous les dossiers complets de PACG ont été analysés. L'étude statistique était réalisée par le logiciel SPSS 23.

Résultat : 55 patients étaient inclus d'âge moyen 58 ± 17 ans avec un sex-ratio de 2. Cinquante-cinq pour cent avaient au moins 2 comorbidités dont les principales étaient la BPCO (36%), l'HTA (36%) et le diabète (34%). Les scores de gravité IGSII et APACHEII moyens étaient respectivement 44 ± 16 et 21 ± 8 . Le rapport P/F moyen était 187 ± 93 . La Radiographie du thorax initiale montrait une pneumopathie lobaire ou extensive ou bien des images en faveur d'un SDRA dans respectivement 21, 19 et 14 cas. Un coma, un état de choc ainsi qu'un SDRA étaient notés dans respectivement 18%, 42% et 40% des cas. Les prélèvements bactériologiques étaient positifs dans 22 cas. Les principaux germes isolés étaient le pneumocoque (9 cas), le staphylocoque (2 cas) et la Klebsiella pneumonia (2 cas). On a compté 5 cas de pneumopathies virales. Une antibiothérapie empirique était initiée à l'admission : c'était une bithérapie dans 38 cas. Une ventilation invasive était nécessaire dans 40 cas. Des complications ont été notées dans 49% des cas.

C'étaient essentiellement une PAVM, un état de choc septique ou un SDRA dans respectivement 31%, 34% et 13% des cas. La durée moyenne du séjour était de 18 ± 17 jours. La mortalité était de 42%. En analyse univariée ; les facteurs prédictifs de mortalité étaient : l'IGSII ($p=0,01$), l'APACHEII ($p=0,03$), l'hypoxémie ($p=0,01$), le GCS ($p=0,04$), le SDRA initial ($p<10^{-3}$), l'état de choc tant à l'admission que lors de l'évolution ($p<10^{-3}$). Le SDRA initial ($p=0,04$) était le seul facteur indépendant de mortalité en analyse multivariée.

Conclusion : La gravité du tableau clinique initial ainsi que les complications évolutives étaient associées à une surmortalité dans notre série. Ceci souligne l'importance d'une prise en charge adéquate des PACG tout le long de l'hospitalisation afin d'en améliorer le pronostic.

P 144 : ŒDEME ANGIONEUROTIQUE HEREDITAIRE : UN DIAGNOSTIC A NE PAS OUBLIER

Auteurs : R.Zoubeidi(1), O.Bouhamed(1), L.Benalaya(1), M.Yahya(1), M.Bouabid(1), H. Bouchaira(1), A.Bouzid(1), N.Lachihib(2)

Service : (1)Hôpital universitaire de Médenine, service d'anesthésie-réanimation; (2) Hôpital Hédi Chaker de Sfax, service de maladies infectieuses

Introduction : L'œdème angioneurotique héréditaire (OAH) est une affection autosomique dominante rare (1/150000), dû à un déficit en C1-inhibiteur. Il est important de la reconnaître car elle peut mettre en jeu le pronostic vital tel est le cas de notre patiente.

Cas clinique : Madame F. 45 ans, aux antécédents de plusieurs épisodes d'œdèmes réversibles du visage et des mains, ayant débuté dès son jeune âge sans signes associés, a consulté nos urgences vers 4h du matin pour dyspnée inspiratoire et œdème de l'hémiface droite. L'examen clinique était strictement normal hormis un œdème laryngé et de la luette. Le diagnostic d'un œdème de Quincke est retenu. La patiente a reçu 100mg d'hémisuccinate d'hydrocortisone et 300ug d'adrénaline IM. L'évolution était défavorable et la patiente a présenté un arrêt cardiorespiratoire rapidement récupéré. Elle a été intubée à vif à l'aide du guide de leschman puis adressée au service de réanimation, où le diagnostic d'OAH est évoqué d'où la patiente a été mise sous Exacyl et hémisuccinate d'hydrocortisone vu l'inaccessibilité à un traitement spécifique. L'exploration de la voie classique du complément a objectivé un C4 abaissé et un C1 inhibiteur diminué. Le diagnostic d'œdème angioneurotique est confirmé. Après 3 jours d'hospitalisation, la patiente a présenté une mydriase bilatérale areflective, abolition des reflexes du tronc. Une TDM cérébrale a objectivé un œdème cérébral diffus avec engagement amygdalien. Patiente décédée au 4^{ème} jour d'hospitalisation. Une enquête familiale a été entreprise révélant la maladie chez la mère, la sœur et chez une tante ayant comme antécédent une laparotomie blanche pour douleur abdominale aiguë.

Conclusion : L'œdème de Quincke est plus fréquent que l'OAH, mais il faut savoir évoquer ce dernier devant des atypies pour ne pas passer à côté d'un diagnostic aussi dangereux, mais qui peut bénéficier d'un traitement spécifique.

P 145 : CAS D'UNE SCLEROSE TUBEREUSE DE BOURNEVILLE REVELEE PAR DES PNEUMOTHORAX RECIDIVANTS

Auteurs : W. Nouira*, A. Khalfallah, N.Jerbi,I.Dlala, A.Sghaier, S.Marghli

Service : Service des Urgences CHU Taher Sfar de Mahdia

Introduction : La sclérose tubéreuse de Bourneville (STB) est une maladie génétique rare de transmission autosomique dominante, elle s'observe également dans des formes sporadiques dans les deux tiers des cas.

Cas clinique : On rapporte le cas d'une patiente âgée de 39ans ayant des antécédents familiaux d'épilepsie, d'une hospitalisation en réanimation pour un pneumothorax droit complet drainé et récidivant 6 jours après. La patiente été opérée au service de CCVT Charles Nicole par une pleurodèse du poumon droit, une biopsie pulmonaire été faite et a montré un aspect histologique et immuno histochimique compatible avec le diagnostic d'une lymphangioliéomyomatose. Deux mois après la patiente consulte nos urgences dans un tableau d'une insuffisance respiratoire aiguë. Le diagnostic de pneumothorax complet gauche été retenu avec mise en place d'un drain thoracique et la patiente été transférée au service de CCVT pour pleurodèse du poumon gauche. L'examen somatique montre des lésions papuleuses au niveau de la face et de la face antérieure du cou évoquant en premier lieu le diagnostic de la sclérose Tubéreuse de Bourneville vu les antécédents familiaux d'épilepsie en plus des lésions pulmonaires objectivés à l'examen anapath.

Conclusion : La STB est une maladie rare caractérisée par une hétérogénéité clinique avec des manifestations viscérales variées. L'identification des patients à risque de manifestations sévères est cruciale. Une meilleure compréhension des anomalies moléculaires causées par la STB pourrait permettre une meilleure gestion de cette maladie.

P 146 : L'EMBOLE GRASSEUSE PULMONAIRE POST TRAUMATIQUE, PIÈGE DIAGNOSTIQUE : À PROPOS D'UN CAS

Auteurs : Bradai Haifa, Issaoui Fadhila, Adelkefi Yassine, Ben amira Fares, Chakroun Walha Olfa, Rekik Noureddine

Service : service des urgences Habib Bourguiba Sfax

Introduction : Le syndrome d'embolie graisseuse est une complication grave des fractures des os longs, il est la conséquence de la dissémination des particules graisseuses dans la microcirculation. Nous rapportons le cas d'un patient qui était atteint d'une embolie graisseuse post traumatique hospitalisé dans le service des urgences Hbib Bourguiba Sfax et on expose ainsi la présentation clinique, paraclinique et la prise en charge thérapeutique .

Cas clinique : Patient MT âgé de 32 ans sans antécédents pathologiques notables était victime d'un accident de la voie publique pour lequel il était hospitalisé dans notre service . Le bilan lésionnel initial a montré une fracture fermée du tiers supérieur de la diaphyse fémorale droite. A son admission à l'hôpital, l'examen neurologique était normal. Le traitement initial fut orthopédique. 12 heures après son admission il développa un trouble de conscience avec un score de Glasgow (GCS) à 8 nécessitant le recours à la ventilation mécanique . Les pupilles étaient en myosis bilatéral ; il n'y avait pas de déficit sensitivomoteur ; les réflexes ostéo-tendineux étaient normaux et l'on notait des pétéchies conjonctivales bilatérales. Il y avait une tachycardie à 120 battements par minute, une hyperthermie à 38,5°C. L'examen respiratoire a trouvé une fréquence respiratoire à 30 cycles par minutes et l'auscultation pleuro- pulmonaire était normale. L'analyse des gaz du sang a révélé une SpO₂ à 90% à l'air ambiant. La radiographie pulmonaire a montré un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral. Les explorations biologiques ont montré une hyperleucocytose à 10.500/mm³, et une thrombopénie à 102.000/mm³. Parmi les diagnostics évoqués ainsi était l'embolie pulmonaire , patient mis sous héparine et on a pratiqué un angio scanner thoracique qui s'est avéré strictement normal. L'évolution ultérieure était marquée par l'apparition de pétéchies dans la partie antérosupérieure du thorax à j 5 d'hospitalisation, le diagnostic de syndrome d'embolie graisseuse a été suspecté. Une tomодensitométrie cérébrale pratiquée revenant strictement normale . Une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été obtenue révélant de multiples hypersignaux punctiformes de répartition aléatoire de la substance blanche supra-tentorielle visibles en diffusion. Patient est gardé ventilé pendant 15 jours au service de réanimation , puis sevré progressivement et était mis sortant sans séquelles neurologiques .

Conclusion : Le diagnostic du SEG se base sur un faisceau d'arguments, mais reste essentiellement un diagnostic d'élimination. En présence de signes respiratoires et neurologiques dans les suites d'un traumatisme des membres le SEG doit être suspecté. L'IRM cérébrale permet de poser le diagnostic. Sa prise en charge reste symptomatique nécessitant parfois une ventilation artificielle. La fixation précoce des fractures des os longs reste le meilleur moyen de prévention de ce syndrome

P 147 : OEDEME AIGUE DU POU MON POST OBSTRUCTIF

Auteurs : K. Mejri*, S. Thamloui, R. Abidi, M. Ben Rejab, S. Abidi, K. Baccar, N. Baffoun, C. Kaddour

Service : Institut National Mongi Ben Hmida de Neurologie; service d'anesthésie et de réanimation Résumé :

Introduction : L'œdème aigu du poumon post obstructif ou à pression négative (OAPPN) est une complication qui peut survenir au décours de l'extubation trachéale au réveil anesthésique. Cet OAPPN peut revêtir des formes cliniques de gravités croissantes pouvant aller jusqu'à l'hémorragie alvéolaire grave.

Cas clinique : Il s'agit d'un jeune de 19 ans sans antécédents admis dans un tableau d'appendicite aiguë. Il a été opéré par voie coelioscopique. L'acte opératoire s'est déroulé sous anesthésie générale avec une induction en séquence rapide et une intubation oro-trachéale facile. L'entretien anesthésique s'est fait par Sévoflurane, Fentanyl et Atracurium. Les apports per opératoire étaient de 1500 ml de SS 0,9% et pour l'analgésie en fin d'intervention, on a eu recours au paracétamol. Après un réveil complet, le patient a été extubé au bloc opératoire. Immédiatement après l'extubation, le patient a présenté une agitation avec un stridor, une dyspnée inspiratoire et une désaturation à 80%. L'auscultation pleuropulmonaire était initialement normale en dehors d'une diminution des murmures vésiculaires. On a eu alors recours aux corticoïdes par voie systémique associé à des nébulisations de béta2 mimétique et une oxygénothérapie. Une amélioration clinique initiale était notée. Une heure plus tard une dyspnée d'aggravation progressive s'est installée avec une polypnée à 35 cycles par minutes, une désaturation à 70%, un tirage sus sternal et des râles crépitants bilatéraux à l'auscultation pulmonaire. La conduite était de lui administrer du furosémide (80mg) et d'assister le patient par une ventilation non invasive (VNI) avec une bonne évolution clinique. Le patient a bénéficié ensuite d'une radio thorax montrant un œdème aiguë du poumon. Un angioscanner thoracique a éliminé une embolie pulmonaire. Une Echographie cardiaque (ETT) et un dosage de la pro BNP avaient infirmé une étiologie cardiaque sous-jacente. Le diagnostic d'œdème pulmonaire post obstructif a été alors retenu.

Conclusion : L'œdème aigu pulmonaire post-obstructif ou par pression négative est une complication respiratoire grave qui doit être reconnue par les anesthésistes et les réanimateurs afin de permettre une prise en charge diagnostique et thérapeutique précoce. Si sa fréquence est de 0,1% des anesthésies générales ; sa méconnaissance serait à l'origine de sa sous estimation ce qui pourrait modifier la gestion de certaines complications respiratoires post extubation.

THEME : MÉTABOLIQUE

P 148 : PRISE EN CHARGE DE L'ACIDOCÉTOSE DIABÉTIQUE AUX URGENCES

Auteurs : E.RBIA, N.B MEFTEH, Y.AMMAR, J.LAKHAL, A.B HASSINE. A.ELEUCHI, M.BACHROUCH, M.BAYAR, B.KORBSI, N.B KAHLA, R.BAWANDI.

Service : *Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie*

Introduction : L'acidocétose diabétique demeure un problème majeur de santé publique. C'est une urgence métabolique grave qui reste encore fréquente et la mortalité y est préoccupante.

Objectif : Le but de ce travail est d'étudier le profil épidémiologique, clinique, biologique et évolutif des patients admis aux urgences pour acidocétose diabétique sévère.

Méthode : Etude rétrospective s'étalant sur 43 ans, incluant 72 patients présentant une acidocétose admis à la SAUV.

Résultat : L'âge moyen de nos patients était de 48.88±15 ans avec prédominance féminine (66.7%). Le diabète de type 1 était présent dans 33.33%. L'acidocétose était inaugurale dans 44.44% des cas. La durée moyenne de l'ancienneté du diabète était de 8±6 ans et 33.4% des malades étaient mal suivis. Les patients étaient comateux dans 22.22% des cas. La polyurie et la tachycardie étaient fréquemment observées dans 66.7% respectivement. L'hyperglycémie était constante avec une moyenne de 33.47±19 mmol/l à l'admission. Le tableau clinique était grave d'emblée dans 11.1%. Une glycosurie associée à une cétonurie était notée chez tous nos patients. La cause déclenchante était essentiellement l'infection (77.8%). La durée moyenne d'hospitalisation dans la SAUV était de 4,3±1.1 jours. L'évolution était favorable chez 77.8% des patients. La mortalité était de 22.2%

Conclusion : L'acidocétose est une complication aiguë à connaître et à redouter en présence d'un sujet diabétique. La démarche diagnostique doit être rigoureuse et la recherche des facteurs déclenchants est fondamentale.

P 149 : MANAGEMENT OF THE ACUTE METABOLIC COMPLICATIONS OF DIABETES IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: AN EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF 115 PATIENTS

Auteurs : Benamor M, Bouzid S, Samet A, Benamira F, Karray R, nasri ab., charmi z., chakroun-walha O., rekik N.

Service : *Emergency Department and samu 04; UHC Habib Bourguiba sfax*

Introduction : diabetes is a major public health problem and a frequent reason for emergency consultation.

Objectif : To analyze the epidemiological characteristics of acute metabolic complications of diabetes in the emergency department of CHU Habib Bourguiba Sfax.

Méthode : This is a retrospective, descriptive study from January 2017 to December 2018. The materials used were the hospitalization register, the medical file and the treatment and surveillance sheet. Were included all the patients admitted, during the study period, in the department room (ER) for an acute metabolic complication of diabetes. Hypoglycemia was excluded.

Résultat : we included 115 patients, out of a total of 8300 admissions (1.38%). The mean age was 51.1 years (18 - 93 years). The study included 49 men and 66. One hundred patients were diabetic (87%) and 15 were admitted for first-time diabetes detection. The diabetes was followed-up since 11.76 years in 50% (1 to 35 years). Hypertensive diabetics accounted for 24.3% of cases. In 43.5% of the cases, the medical aid team transported the patient to the hospital. The main complaints in arrival to the ER were: Abdominal pain (54.8%), vomiting (42.6%) and dyspnea (27.8%). The clinical examination found signs of dehydration (79.1%), ketone breath (73%), tachypnea (61.74%), high capillary sugar levels (58.26%), disorders of consciousness (20%) and signs of shock (13.9%). The decompensation mode was a ketoacidosis (54.7%), a hyperosmolar status (17.4%), both of them (17.4%) or a hyperglycemia (10.4%). The etiologies were dominated by infections (68.6%); mainly in the urinary tract (23.5%) and the therapeutic gap (20%). All our patients had an intravenous hydration using crystalloids with insulin. The insulin protocol was different, depending on the type of decompensation. The mean length of stay was 1.42 days +/- 1.21. the patients were transferred in 44.3% of the cases to the endocrinology department and in 6.1% of the cases to the intensive care unit. The mortality was 10.4%

Conclusion : The management of diabetic patients requires a diagnostic and therapeutic approach adapted to improve the prognosis.

P 150 : EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF ACUTE DECOMPENSATIONS OF DIABETES IN THE ELDERLY PATIENTS: A RETROSPECTIVE STUDY OF 53 PATIENTS ADMITTED IN THE EMERGENCY ROOM

Auteurs : Benamor M, Bouzid S, Samet A, Talbi A, Karray R, nasri ab., chakroun-walha O., rekik N.

Service : *Emergency Department and samu 04; UHC Habib Bourguiba sfax*

Introduction : Diabetes is a major public health problem, particularly in the geriatric population.

Objectif : The aim of this study was to the epidemiological and clinical characteristics of this "frail" population.

Méthode : This was a retrospective study conducted over a two-year period (2017- 2018). The inclusion criteria were: all patients aged over 65 admitted to the emergency room for an acute decompensation of diabetes. We recorded all the clinical, demographic, biological and prognostic data.

Résultat : were included 53 patients. The mean age was 73.55 ± 7.98 years (range: 65 to 93 years), with a female predominance (SR= 0.76). it was a inaugural decompensation in 15.1% of cases. HTA and dyslipidemia were reported in 47.2% and 17%, respectively. Retinopathy and diabetic nephropathy were observed in 22.5% and 12.5% of cases, respectively. On arrival to the emergency department, the main complaint was abdominal pain with vomiting (43.4%) and impairment of consciousness (37.7%). Clinical signs of dehydration, tachypnea, tachycardia, and GCS <13 were observed in 83%, 73.58%, 66%, and 45.28% of cases, respectively. The decompensation modes were hyperosmolar in 23 cases, diabetic ketoacidosis in 21 cases and simple hyperglycemia in 8 cases. The decompensating factors were predominantly the infection in 43 cases (81.1%): the community acquired pneumonia was at the top (19 cases) and the urinary infections in 12 cases. Hydration and insulin therapy were administered in all patients. The length of stay in the emergency room was 1.64 ± 1.17 days. The mortality rate was 18.9% (n=10).

Conclusion : Diabetes of the elderly patients is a special condition. The therapeutic strategy has to be adapted to the etiological profile, and the presence of any chronic complications and comorbidities.

P 151 : COMA ACIDOCÉTOSIQUE TRÈS SÉVÈRE COMPLIQUÉ D'AVORTEMENT

Auteurs : R.Zoubeydi, L.Benalaya, M.Yahya, O.Bouhamed, A.Bouzid, H. Bouchaira, M.Bouabid

Service : *Hôpital universitaire de Médénine, service d'anesthésie-réanimation*

Introduction : La grossesse provoque une succession de modifications du métabolisme glucidique visant à assurer une nutrition adéquate à l'unité foetoplacentaire en cours de croissance. Chez la femme diabétique, ces modifications sont la cause d'une instabilité glycémique et de décompensation fréquente.

Cas clinique : Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans, 2^{ème} geste 2^{ème} pare, aux antécédents de diabète insulino-dépendant mal équilibré, avec 2 hospitalisations en de réanimation pour décompensation acidocétosique. Elle a consulté les urgences à 24SA pour trouble de la conscience et dyspnée. L'interrogatoire trouve la notion de vomissement depuis 1 mois. L'examen initial montre une altération de l'état de conscience avec GCS à 6, pupilles en mydriase areflective, dyspnée type Kussmaul, bradycardie à 44bpm, pression artérielle imprenable, odeur acétonique de l'haleine, GAD : Hi, Gu++++/Au++++. La biologie avait montré une acidose métabolique sévère avec pH à 6.5, PaCO₂ à 14.1, HCO₃- incalculable et PaO₂ à 177, une hyperglycémie à 31.5mmol/L et une anémie hypochrome microcytaire Hb à 5.8. Le diagnostic de coma acidocétosique compliqué d'état de choc a été retenu. La patiente a été donc intubée en urgence. Elle a reçu un remplissage au sérum physiologique, bicarbonate de sodium 42%, insulinothérapie et la Noradrénaline. Après stabilisation de son état hémodynamique, une échographie de vitalité a été réalisée concluant à une mort fœtale in utero. Une TDM cérébrale a été réalisée revenue sans anomalies. Puis la patiente a été transférée au service de réanimation pour complément de prise en charge. Au service de réanimation, la patiente a reçu une transfusion de 2 culots globulaires, en continuant la sédation, l'insulinothérapie, le remplissage avec la supplémentation en potassium. Sur le plan obstétrical, la patiente a avorté après 10h de l'admission. L'évolution était favorable avec une amélioration progressive des chiffres glycémiques, disparition de la cétonurie, et normalisation du pH et de l'ionogramme, et la patiente était extubée le lendemain. Une pneumopathie nosocomiale s'est déclarée après, évoluant favorablement sous traitement, puis la patiente a été transférée au service de médecine interne.

Conclusion : La grossesse peut favoriser une évolution rapide vers des formes sévères d'acidocétose. La prise en charge inclue-en plus du traitement habituel- une démarche multidisciplinaire incluant l'obstétricien, et parfois le néonatalogue.

P 152 : FACTEURS DE RISQUES DE SURVENUE DE L'INSUFFISANCE RENALE AIGUE EN MILIEU DE SOINS INTENSIF SELON LA CLASSIFICATION KDIGO

Auteurs : R.ammar, E.Ennouri*, M.Dlala, S.Bradii, M.Bahloul, Ch.Ben Hamida, H.Chelly, M.Bouaziz

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

Introduction : La survenue d'une insuffisance rénale aiguë (IRA) chez les malades de soins intensifs est souvent plurifactorielle.

Objectif : Notre objectif est de déterminer les facteurs de risque de survenue de cette IRA chez les malades de soins intensif.

Méthode : Nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle menée sur une période de 06 mois. Nous avons inclus les patients dont l'âge ≥ 18 ans avec une IRA définie selon les critères KDIGO. Nous avons exclu les patients ayant une insuffisance rénale chronique (IRC) au stade terminal sous hémodialyse et ceux dont la durée de séjour aux USI < 48 heures.

Résultat : Au cours de la période d'étude, 428 patients ont été admis au service de réanimation. Selon les critères d'inclusion nous avons retenu 171 patients. L'incidence de survenue l'IRA selon la classification KDIGO a été de 46.8% (80 patients). La mortalité a été de 30%. Les facteurs prédictifs de survenue de l'IRA ont été l'âge ($p=0.000$), l'HTA ($p=0.002$), le diabète ($p=0.002$), l'insuffisance cardiaque ($p=0.002$), l'état de choc ($p=0.001$), le polytraumatisés ($p=0.001$) surtout le traumatisme abdomino-pelviens ($p=0.016$), la présence d'œdème ($p=0.040$), un rapport PaO₂/FiO₂ ($p=0.001$), le score APACHE II ($p=0.000$) et le score SOFA ($p=0.001$). Les facteurs indépendamment liée au risque de survenue d'IRA avec une p significative dans le modèle de régression logistique ont été: l'âge ($p=0.014$, OR=1.030, IC[1.006-1.054]), le score APACHE II ($p=0.036$, OR=1.079, IC[1.005 - 1.158]) et la présence d'un état de choc à l'admission ($p=0.014$, OR=15.561, IC [1.751 - 138.266]).

Conclusion : La reconnaissance des facteurs de risque pourrait diminuer la survenue d'une IRA chez les malades de soins intensifs. La prévention repose sur une optimisation hémodynamique et contrôle des facteurs de risques.

P 153 : INSUFFISANCE RÉNALE AIGUE EN MILIEU DE RÉANIMATION

Auteurs : H. Moadh, K. Mejri*, S. Thamlaoui, K. El mabrouk, S. Rais, R. Miled

Service : Institut National Mongi Ben Hmida de Neurologie; service d'anesthésie et de réanimation

Introduction : L'insuffisance rénale aiguë est un syndrome clinique et biologique complexe lié à la réduction de la filtration glomérulaire. Son incidence varie de 16 à 33% dans une unité de réanimation polyvalente. Elle est souvent multifactorielle. Elle peut être secondaire à la pathologie initiale, mais aussi d'origine iatrogène ou secondaire aux soins.

Objectif : Notre objectif était d'étudier l'incidence, les facteurs de risque et les éléments pronostiques de l'insuffisance rénale aiguë chez les patients en réanimation.

Méthode : Etude rétrospective descriptive et analytique, menée dans le service d'anesthésie réanimation de l'institut national de neurologie sur une période de 12 mois.

Résultat : Notre étude a concerné 316 patients, parmi ces patients 83 ont développé une insuffisance rénale aiguë (26,3%). Ils ont été classés à l'admission en RIFLE-R 48,2%, RIFLE-I 24% et RIFLE-F 13,3%. L'âge moyen était de $31,6 \pm 17,8$ ans pour les patients sans insuffisance rénale aiguë contre $45,5 \pm 21,9$ ans pour les patients avec insuffisance rénale aiguë. Les durées du séjour et de la ventilation mécanique étaient comparables dans les deux groupes. Le type de l'insuffisance rénale aiguë a été fonctionnel dans 51,8% des cas et organique dans 45,8% des cas. L'origine hémodynamique a été son principal mécanisme dans 66,2% des cas, l'origine toxique en deuxième position dans 16,8% des cas. Sept patients ont nécessité une hémodialyse. Quarante quatre patients ont repris une fonction rénale normale. La mortalité dans le groupe avec insuffisance rénale aiguë a été de 36,1% et de 18,5% dans l'autre groupe. Les principaux éléments associés à la survenue d'une insuffisance rénale aiguë et à la mortalité ont été : l'âge, les antécédents de cardiopathie diabète ou hypertension artérielle, la pathologie médicale, RIFLE-I et F, oligo-anurie, hypotension, état de choc, scores APACHE III SOFA et MODS élevés, ventilation mécanique et drogues vasoactives.

Conclusion : Nous avons trouvé que l'insuffisance rénale aiguë en réanimation était une entité pathologique fréquente et qu'elle a été souvent multifactorielle. Elle a été grevée d'une lourde morbidité et mortalité quand elle s'est associée à d'autres défaillances d'organes.

P 154 : SYNDROME CARDIORENAL AUX URGENCES : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE

Auteurs : KH. Zaouche, R.Boubaker, A. Mghirbi*, Y. Yahya, M. Kilani, R. Baccouche, L. Abdennebi, H. Maghraoui, Y. Gharbi, A. Ben Hamida, K. Majed

Service : Service des urgences La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : Le syndrome cardio-rénal (SCR) est une entité physiopathologique complexe touchant le cœur et les reins, dans laquelle la dysfonction aiguë ou chronique d'un des organes peut induire une dysfonction aiguë ou chronique de l'autre organe.

Objectif : Analyser les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutives des cas de SCR aux urgences

Méthode : étude rétrospective, descriptive, menée sur une période d'une année. On n'a pas inclus les patients en état de choc à l'admission, les patients décédés ou transférés dans les 2 heures suivant leur admission, les patients septiques et les syndromes coronaires avec sus décalage du segment ST

Résultat : Nous avons inclus 50 patients. La prévalence du SCR était de 0,01. La moyenne d'âge était de 70 ans et le sex ratio à 1. L'hypertension artérielle, le diabète, l'insuffisance rénale chronique et l'insuffisance cardiaque représentaient les antécédents les plus dominants avec respectivement 78%, 54%, 44% et 30% des cas. Vingt quatre patients (48%) avaient un diurétique de l'anse dans leur traitement de fond. Les principaux motifs de consultation étaient la dyspnée et la douleur thoracique dans respectivement 86% et 36% des cas. Des signes de lutte respiratoires ont été retrouvés dans 36% des cas et une SaO₂ <90% chez 28% des patients. Tous les patients étaient classés Killip 3. Une pression artérielle systolique ≥ 140 mm Hg a été retrouvée chez 19 patients dont 8 avaient une PAS ≥ 180 mmHg. Vingt six patients (52%) avaient au moins un signe d'insuffisance cardiaque droite et 4 patients (8%) avaient une altération de l'état de conscience. Le SCR était de type 1 dans 72% des cas et de type 3 chez 24% des cas. Trente patients avaient une clearance de la créatinine ≤ 30 ml/min dont 6 avaient une clearance ≤ 10 ml/min. Une assistance ventilatoire invasive était indiquée chez un patient et non invasive chez 22 patients. L'hémodialyse était indiquée chez 6 patients. Le facteur de décompensation était essentiellement ischémique, infectieux et mauvaise hygiène de vie dans respectivement 66%, 44% et 22% des cas. Le taux de transfert vers un service de médecine était de 14% et le taux de mortalité était de 16%.

Conclusion : Le SCR est une pathologie fréquente et complexe dont de nombreux éléments épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs peuvent aggraver son pronostic. La reconnaissance de ces facteurs pronostiques demeure une pierre angulaire dans la prise en charge urgente d'un SCR

P 155 : L'EPURATION EXTRA RENALE EN REANIMATION : A PROPOS DE 20 CAS

Auteurs : R.Ammar, S.Heni, S.Bradii*, A.Bouattour, M.Bahloul, Ch.Ben Hamida, H.Chelly, M.Bouaziz

Service : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : L'Insuffisance rénale en réanimation est un problème fréquent et grave. L'utilisation des méthodes d'épuration extra rénale permet d'améliorer le pronostic.

Objectif : L'objectif de notre étude est de déterminer l'aspect épidémiologique, clinique et évolutif des patients hémodialisés en réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive prospective durant 6 mois portant sur 20 patients hémodialisés en urgence en réanimation.

Résultat : Nous avons inclus 20 patients. L'âge moyen était de 54.35 (22-71 ans) avec un sex ratio H/F 6.66. Le motif d'admission le plus fréquent était l'état de choc (90% des cas) : septique (90 %), cardiogénique (30%), hémorragique (20%) et hypovolémique (15%). L'ATCD le plus fréquent était l'insuffisance rénale chronique chez 40% des patients, le diabète (45%), l'HTA (30%) et la cardiopathie (50%). L'indication d'hémodialyse était l'hyperkaliémie menaçante dans 25% des cas, l'IRA anurique (30%), OAP (10%), le syndrome urémique (30%) et l'acidose sévère (15%). L'accès vasculaire était un cathéter fémoral dans 50% des cas et cathéter jugulaire (50%). La durée moyenne de la séance était 3.85 heures (2-6 heures). L'anticoagulation était indiquée chez 65 % des patients. Les complications per dialyse étaient la coagulation du circuit dans 35 %, hypotension (30%), et hypoglycémie (5%). La reprise de la fonction rénale était observée chez 10% des cas. La mortalité était de 65%.

Conclusion : L'insuffisance rénale aiguë est une complication grave. Sa survenue marque l'évolution défavorable. L'hémodialyse permet d'améliorer le pronostic surtout chez les malades les plus graves .

P 156 : RENAL REPLACEMENT THERAPY IN A MICU: PROGNOSIS AND CHALLENGES.

Auteurs : A. Hadhri, G. Boubaker, K. Meddeb, W. Zarrougui, A. Baccari, R. Toumi, I. Ben Saida, I. Chouchene, M. Boussarsar

Service : Réanimation Farhat hached

Introduction : Severe acute kidney injury (AKI) is a well-recognized complication of ICU patients with an important impact on mortality. Renal replacement therapy (RRT) represents a considerable escalation in the complexity and cost of care for those patients.

Objectif : Describe characteristics and outcomes of haemodialyzed patients in a medical ICU.

Méthode : This is a retrospective study including patients who received RRT from January 2013 to September 2019 in the ICU of Farhat Hached Sousse –Tunisia. Were collected all patients characteristics including underlying condition, diagnostic and severity at admission, ARF characteristics, RRT characteristics and outcomes.

Résultat : 38 patients received intermittent haemodialysis. Mean age, 61.3±20years; male, 20(52%). Mean SAPSII, 47.9±15.5; mechanically ventilated, 27(71%); vasopressors, 28(74%). Mean ICU length-of-stay (LOS), 7.53±6.9 days. The most frequent etiology of ARF requiring RRT was a tubular necrosis, 26(68%). Oligoanuria, 33(86,8%). The average time to initiation of RRT after the onset of ARF was 29±30 h. 27(71%) of patients had only one session. The most frequent indications of haemodialysis were severe acidosis 14(36%) and pulmonary edema 10(26%). The median duration of sessions was 3.9[4-4]h. The mortality rate was 26(68.5%). Mean LOS after ARF onset, 4.8±5.1 days. Median LOS after first haemodialysis session and the last session were respectively 2.7[1.27-4.95] days and 21.5[12.5-60.75] hours.

Conclusion : The present study demonstrated the high severity and poor outcome of patients who received RRT leading to question the indication, delays, dose and efficiency of RRT.

P 157 : L'EPURATION EXTRA-RENALE EN REANIMATION : FACTEURS PREDICTIFS DE MAUVAISE TOLERANCE HEMODYNAMIQUE CHEZ LES PATIENTS EN ETAT DE CHOC

Auteurs : M.Tobich, Y.touil, I.Trabelsi, F.Daly, A.Trifi, R.Nasri, S.Abdellatif, S.Ben Lakhal

Service : Hôpital La Rabta service de réanimation médicale

Introduction : L'insuffisance rénale aiguë avec nécessité au recours à l'hémodialyse émaillera très souvent l'évolution des malades de réanimation. La correction des désordres métaboliques permet de gagner sur la survie. Toutefois les malades graves sous drogues vaso-actives sont fréquemment sujets à l'arrêt des séances pour mal-tolérance hémodynamique

Objectif : Le but de ce travail est de discerner les causes de mal-tolérance afin d'agir plus précocement et assurer un bon déroulement de l'EER.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique prenant lieu dans le service de Réanimation Médicale de l'Hôpital la Rabta et incluant les épisodes de séances d'EER effectuées sous drogues vaso-actives chez les patients hospitalisés pendant la durée s'étendant entre l'année 2017 et 2018. Deux groupes ont été individualisés : Groupe 1 (G1) : survenue d'une hypotension au cours de la séance (12 séances) Groupe 2 (G2): hémodialyse bien tolérée (42 séances)

Résultat : Vingt-sept malades ont été inclus dans notre étude. Le sex-ratio était 0,92. L'âge moyen était 55±16 ans. Les moyennes d'IGSII et d'APACHEII respectivement étaient 42±14 et 19±7. La médiane du score SOFA était 7[4,8]. Cinquante-quatre séances ont été effectuées sous catécholamines. Seulement cinq des malades avait une IRC au stade d'hémodialyse. La survenue d'une hypotension a été observée au cours de 12 séances d'hémodialyse. En analyse univariée, les deux groupes étaient comparables concernant le score de SOFA, le pH, l'urée, la créatinine et le taux d'hémoglobine avant l'hémodialyse. Le pH après la séance d'hémodialyse était plus acide dans le groupe G1 avec une moyenne de 7.02±0.8 et p= 0.22. Le groupe G1 avait significativement une PAM plus basse (p = 0.027), et avait bénéficié d'une séance d'hémodialyse significativement plus courte avec p=0.02. Le taux d'UF était significativement plus important dans le G2 (p=0.002). En analyse multivariée les facteurs prédictifs d'une mauvaise tolérance hémodynamique sont : (tableau)

Conclusion : L'EER permet de passer un cap aigu et améliorer le pronostic des patients en réanimation. Notre étude suggère qu'une bonne tolérance requiert la connaissance des objectifs d'épuration et de déplétion en se référant au paramètres clinico-biologiques et échographiques ainsi qu'une maîtrise technique.

	p	OR	IC [95%]
Durée >4h	0.023	0.034	[0.002-0.63]
PAM	0.005	0.75	[0.62-0.92]

P 158 : LES TROUBLES HYDRO-ÉLECTROLYTIQUES CHEZ LE CÉRÉBRO-LÉSÉ

Auteurs : I.Mehrez, A.Derkaoui, A.Shimi, M.Khatouf .

Service : service de la réanimation A1/CHU.HASSAN II FES/MAROC

Introduction : -Les troubles électrolytiques sont fréquents en neuro-réanimation, en particulier les dysnatrémies et les dyskaliémies. - Les hyponatrémies sont les plus fréquentes ; dont les 2 principales étiologies: le syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH) et le "cerebral salt wasting" syndrome (CSW). -Le diabète insipide d'origine central secondaire à un défaut de sécrétion d'ADH est le second trouble par ordre de fréquence.

Objectif : -l'objectif de l'étude est de détecter les troubles hydro-électrolytiques les plus fréquents et d'évaluer l'efficacité thérapeutique des protocoles du service.

Méthode : -C'est une étude prospective, analysant tous les cérébro-lésés admis au service de la réanimation A1 du CHU HASSAN de Fès, Maroc. Etude étalée sur une période de 5 mois du 01/08/2018 jusqu'au 31/12/2018.

Résultat : -Nous avons mené une étude prospective, observationnelle sur 61 cérébro-lésés, âgés entre 18 et 78 ans, hospitalisés en réanimation soit comme post opératoire(16 cas soit 26% :FCP, KHC, Méningiome, clippage anévrysmal, Glioblastome, chirurgie de Parkinson et de l'hypophyse), soit admission des UR (45 cas soit 74% variant entre polytraumatisme, hémorragie méningée, TCG isolé, AVCH, EME, méningite et tuberculose cérébro-méningée). - Tous ces cérébro-lésés ont installé des troubles HE sur un délai variant entre J2 et J5 : * 18 cas d'hyponatrémie (30%) / 12 cas d'hyperNa (19%) *19 cas d'hypoK (32%) / 11 cas d'hyperK (18%) *25 cas d'hyperchlorémie, soit 41% / 5cas d'hypochlorémie (8%). *6 cas de diabète insipide, soit 9,8%. *7 cas sans trouble HE (11,4%). - Le traitement de ces troubles était : *pour l'hypoNa ; elle est arrivée à 118 mmol/L, corrigée initialement par une restriction hydrique pendant 24H, suivi d'une majoration dans la Ration de base et des bolus de furosémide en fonction du VEC, voir des charges sodiques pour un seul cas de syndrome de perte de sel, alors que la principale étiologie reste la SIADH. *pour l'HyperNa, elle est arrivée à 178 mmol/L, évaluée par le volume extra cellulaire, corrigée par l'eau de robinet par voie entérale après calcul du déficit hydrique.si l'HyperNa est associée à une polyurie sup à 2 cc/Kg/H ; on parle de : *diabète insipide, avec une polyurie arrivant à 5 cc/Kg/H, compensée avec des solutés contenant du potassium et l'ionogramme sanguin était surveillé toutes les 6 heures. La desmopressine était utilisée en titration, par bolus de 0,5 µg, avec un objectif de diurèse entre 1 et 1,5 ml/kg/h. *pour l'hypokaliémie, arrivée jusqu'au 2,2 g/dl, observées surtout à la phase aigue de l'agression cérébrale, corrigées par majoration dans la RDB pour une K entre 2,5 et 3g/l, et par des charges potassiques si K inf à 2,5g/L. -L'évolution : 5 décès soit 8,2% (2 cas de diabète insipide non corrigé), le reste des troubles étaient corrigés.

Conclusion : -Les variations de tonicité plasmatique sont particulièrement à risque chez nos patients de réanimation neurochirurgicale du fait du risque d'oedème ou de saignement induit. -Une connaissance des troubles hydro électrolytiques rencontrés dans ce contexte est essentielle, ainsi qu'une mise en place d'un protocole de PEC diagnostique et thérapeutique; ce qui va permettre de diminuer le délai de correction de ces troubles.

P 159 : FAISABILITÉ D'UN PROTOCOLE DE CONTRÔLE DE LA GLYCÉMIE EN MILIEU DE RÉANIMATION

Auteurs : Makoudi M, Boudir Y, El alaoui M, El ouardi Y, Khalouki M

Service : Hopital ibn tofaïl, réanimation chirurgicale, Marrakech Résumé :

Introduction : Un contrôle strict de la glycémie est associé à des effets positifs sur la morbi-mortalité chez des patients chirurgicaux

Objectif : L'objectif de notre étude était d'évaluer la faisabilité d'un protocole d'administration intensive d'insuline dans un service de 10 lits de réanimation chirurgicale.

Méthode : 55 patients (35 M, 20 F, âge moyen 62,3 ±14,8 ans, IGS II 40,5 ± 15,1) admis en réanimation et hospitalisés au moins 05 jours ont été inclus. Mise en route du protocole si glycémie > 1,10 g/L. Objectif de l'insulinothérapie intensive est de maintenir des glycémies entre 0,8 et 1,10 g/l.

Résultat : : Un protocole d'insulinothérapie continue a été réalisé chez 20/55 patients. 1152 glycémies ont été effectuées (8,33± 0,81 par jour/patient). La glycémie moyenne était de 1,6 ± 0,11 g/L, et la dose moyenne d'insuline a été 2,15 ± 0,53 U/h (52,02 U± 11,3 U/ jour). Un ajustement des doses a été nécessaire en moyenne 6,2 ± 0,82 fois/jour. 125 événements hypoglycémiques ont été notés, 86 entre 0,6 and 0,8 g/L et 39 < 0,6 g/L.

Conclusion : Un protocole de contrôle "agressif" de la glycémie dans une fourchette de 0,8-1,10 g/L est faisable en milieu de réanimation. Mais cette procédure est coûteuse et nécessite un personnel entraîné et averti du risque d'événements hypoglycémiques

P 160 : L'HYPERNATRÉMIE CHEZ LES BRÛLÉS EN RÉANIMATION : INCIDENCE, FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC

Auteurs : N. Bouguezzi, F.Gamara, K. El Felah, L. Debbiche; H. Fraj, A. Mokline, AA. Messadi

Service : 1- Service de réanimation des brûlés. Centre de traumatologie et des grands brûlés. Ben Arous 2- Service de biologie clinique et banque du sang. Centre de traumatologie et des grands brûlés. Ben Arous

Introduction : L'hypernatrémie en réanimation est un trouble métabolique peu fréquent avec une incidence faible de 1 à 2% [1], mais elle est associée à une surmortalité allant de 33% à 68 [1,2,3].

Objectif : Evaluer l'incidence de l'hypernatrémie, de ressortir les facteurs de risque et son impact pronostic chez les patients brûlés.

Méthode : Etude rétrospective comparative mono-centrique menée au service de réanimation des brûlés sur une période de 18 mois (Janvier 2018-Juin 2019). Deux groupes de patients ont été individualisés, appariés en termes d'âge, de sexe, et de gravité des brûlures (étendue des brûlures (SCB) et des scores pronostiques). • G1 : patients ayant présenté au moins un épisode d'hypernatrémie au cours de leur hospitalisation. • G2: patients n'ayant pas présenté d'hypernatrémie Une hypernatrémie a été définie par une natrémie supérieure à 145 mmol/l.

Résultat : Durant la période d'étude, 570 malades ont été admis. Une hypernatrémie a été retrouvée chez 57 patients (10%) dont 47 parmi étaient issus d'un transfert secondaire. Les 2 groupes étaient comparable en termes d'âge, de sexe et de la gravité des brûlures. 52 malades ont développé l'hypernatrémie au cours de leur hospitalisation, avec un délai moyen de 7,7 jours post brûlures (extrêmes : 1- 73j), et une durée moyenne de 4 +/- 2,66j. En analyse univariée, les facteurs de risque de l'hypernatrémie étaient : les brûlures pulmonaires (28 vs 12,3% ; OR 2,787 ; 95% CI 0.195–0.982 ; p 0.03) la prise de colimycine (40,4 vs 15,8% ; OR 3,608 ; 95% CI 0.199–0.770 ; p 0.004), la prise de fosfomycine (33,3 vs 10,7% ; OR 4,167 ; 95% CI 0,137-0,752 ; p 0.005) et la prise de diurétiques (12,3 vs 5,3% ; OR 2,52 ; 95% CI 0.117-1.575 ; p 0.185). L'hypernatrémie était associée à une augmentation de la durée de séjour en réanimation (11,5 j vs 17,51 j ; p 0.014) un recours plus fréquent à la ventilation mécanique (61,4/42,1% ; p 0.03) et à une surmortalité (94,7 vs 71,9% ; p 0.001).

Conclusion : L'hypernatrémie était fréquente chez les brûlés avec une incidence de 10%, dont les facteurs de risque étaient les brûlures pulmonaires, la prise de colimycine et fosfomycine. En plus, l'hypernatrémie a un impact négatif sur le pronostic des brûlés avec à une augmentation de la durée de séjour, au recours à la ventilation mécanique et à une surmortalité. Références 1- Palevsky PM, and al. *Ann Intern Med.* 1996;124(2):197–203. 2- O'Connor KA, and al. *Ir J Med Sci.* 2006;175(3):28–31. 3- Mandal AK, and al. *Am J Emerg Med.* 1997;15(2):130–132.

Tableau 1 : comparaison entre le groupe hypernatrémie et le groupe normonatrémie

Critère		Hypernatrémie		P
		Oui(n= 57)	Non(n= 57)	
Age		39,51	42,88	0,347
sexe	Homme	37	32	0,338
	Femme	20	25	
SCB		45,70	41,50	0,268
IB		76,63	81,29	0,411
ABSI		7,77	6,88	0,567
UBS		76,18	83,27	0,641

P 161 : CRUSH SYNDROME AND ELECTRIC SHOCK: 3 CASES IN EMERGENCY DEPARTMENT

Auteurs : F.Issaoui*, H.Bradai, H.Snoussi, Y.Abdelkefi, F.Ben Amira, A.Nasri, O.Chakroun-Walha, N.Rekik

Service : Emergency Department and SAMU 04, University hospital Habib Bourguiba Sfax

Introduction : Crush syndrome is defined as the local and systemic response to a traumatic rhabdomyolysis caused by compartment syndrome. It occurs in many etiologies. We study 2 cases of crush syndrome due to electric shock.

Cas clinique : Case 1: It was a 40-year-old man with third degree burns caused by electric shock (home accident). The remainder of the clinical examination was without abnormalities, the electrocardiogram shown ample T waves. Blood test shown: CPK level at 12000, hyperkalemia, acute kidney injury, troponins: 0.200, hypocalcemia and a metabolic acidosis on blood gases. The main treatment was: rehydration, alkalization, wound care and fasciotomy. On the seven day of hospitalization, blood test shown normalization of CPK level, kalemia and renal function. Case 2: a 41-year-old man with electric shock accident, a right-hand entrance door, no exit point and upper limb syndrome. On clinical examination he had a systolic BP of 90 and diastolic 48, a tachycardia, dyspnea and polypnea. The electrocardiogram shown widening of the QRS. In blood tests he had a CPK level at 25,000, hyperkalemia, acute kidney injury, troponins at 0.560, a hypocalcemia and metabolic acidosis. Therapeutic management consisted on oxygen, rehydration, alkalization, vasoactive drugs and fasciotomy. After 5 days hospitalization, the patient required a hemodialysis session because a refractory hyperkalemia and metabolic acidosis. Case 3: A 30-year-old man, electrified during work, with a third- degree burn and an upper limb syndrome. The clinical examination was normal. In blood tests he had a CPK level at 17000, hyperkalemia, creatinine level at 110 then 240, troponins 0.200, hypocalcemia, metabolic acidosis in blood gases and hepatic cytolysis (10 times normal). The mainstay treatment based on rehydration, alkalization and discharge fasciotomy. On the 3 cases, patients had 3 patients had a good recovery.

Conclusion : In those cases, the prognosis is conditioned by the precocity of the medical and surgical management and the prevention of acute renal failure.

P 162 : CONFUSION MENTALE RÉVÉLANT UNE SPRUE : A PROPOS D'UN CAS.

Auteurs : Guissouma J, Ben Aï H*, Ksouri M, Ghadhoun H, Brahmi H, Houli R, Garbaa Y, Kamoun S, Samet M, Souissi S.

Service : Service de réanimation médicale hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte

Introduction : La Sprue est une pathologie rare peu décrite dans la littérature. Son diagnostic est clinique et histologique. C'est une maladie acquise, caractérisée par une malabsorption et une anémie mégaloblastique. Nous présentons un cas de Sprue révélé par une confusion mentale.

Cas clinique : Monsieur LM âgé de 58 ans, aux antécédents d'anémie non explorée et de vitiligo était admis en réanimation pour confusion. Le patient était cachectique et présentait des diarrhées liquidiennes avec météorisme abdominal. La biologie montrait une acidose métabolique ($\text{HCO}_3^- = 9 \text{ mmol/l}$) à trou anionique normal, une anémie normochrome normocytaire à 6 g/dl , une hypophosphorémie à 0.32 mmol/l , une hypokaliémie à 3 mmol/l avec fonction rénale normale. La TDM et l'IRM cérébrales étaient normales et la TDM abdominale montrait une splénomégalie homogène. La recherche de toxiques était négative et le dosage de la vit B1 était normal. L'évolution était favorable sur le plan neurologique après correction des troubles acidobasiques et ioniques.

Cependant le patient gardait des diarrhées liquidiennes fréquentes avec un météorisme abdominal. L'origine septique était évoquée et le patient était mis sous antibiothérapie à visée digestive après coproculture. Une FOGD objectivait une atrophie villositaire duodénale évoquant une maladie cœliaque. Le patient était mis sous régime sans gluten. Le bilan nutritionnel objectivait un syndrome de malabsorption : anémie ferriprive ($\text{Hb} = 4 \text{ g/dl}$, ferritine = $0.84 \mu\text{g/l}$, fer sérique = $2.44 \mu\text{mol/l}$), hypoalbuminémie à 22 g/l et hypocalcémie à 1.8 mmol/l . L'examen histopathologique de la biopsie duodénale était en faveur d'une atrophie villositaire subtotale avec augmentation de la lymphocytose intraépithéliale et lame basale sous-épithéliale très épaissie hyalonisée : aspect évoquant une Sprue. Ce diagnostic était retenu après avoir éliminé une maladie coéliquie (dosage des Ac anti transglutaminase négatif). Le patient était ainsi traité par la tétracycline, supplémenté en vit B12 et folate avec bonne évolution puis transféré au service de gastrologie.

Conclusion : La confusion mentale est souvent due à des troubles métaboliques et acidobasiques. Toutefois, une Sprue évoquée devant tout syndrome de malabsorption doit être recherchée et confirmée histologiquement après avoir éliminé une maladie cœliaque.

P 163 : APPORT DES SCORES CLIF-SOFA ET CLIF-C ACLF DANS LA STRATIFICATION PRONOSTIQUE DES PATIENTS ADMIS EN RÉANIMATION POUR CIRRHOSE DÉCOMPENSÉE

Auteurs : Khaled A., Sghaier A., Khedher S. Ben Ismail K., Salem M.

Service : Service de gastro-entéro-hépatologie - Hôpital Charles Nicolle Résumé :

Introduction : L'insuffisance hépatique aiguë sur chronique encore désignée par Acute on Chronic Liver Failure (ACLF) est une complication grave de la cirrhose avec une mortalité à court terme élevée. Certains scores pronostiques de la cirrhose comme le CHILD-PUGH demeurent cependant insuffisants pour l'estimation pronostique chez la sous-population de patients nécessitant l'admission en unité de soins intensifs (USI).

Objectif : Le but de notre travail était d'évaluer l'apport de nouveaux scores tels que le CLIF-SOFA et le CLIF-C ACLF pour la stratification pronostique des patients admis en USI pour cirrhose décompensée.

Méthode : Nous avons conduit une étude rétrospective de Septembre 2015 à Octobre 2017 incluant tous les patients admis en USI pour cirrhose décompensée. Les scores CLIF-SOFA et CLIF-C ACLF ont été calculés à partir des données cliniques et paracliniques relevées dans les 48 heures suivant l'admission. Une courbe ROC a été utilisée pour déterminer les meilleurs seuils prédictifs de mortalité intra-hospitalière ainsi que de la mortalité à un mois et à trois mois. La mortalité intra-hospitalière, celle à un mois et celle à trois mois ont été calculées et comparées entre les sous-groupes de patients moyennant le test de Chi-deux et de Pearson.

Résultat : Un total de 92 patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 62 ans avec un sex ratio à 0,96. La mortalité intra-hospitalière était de 12% s'élevant à 24% à trois mois. Le meilleur seuil pour le score CLIF-SOFA déterminé par la courbe ROC était de 7.5 (sensibilité= 72% ; spécificité= 65%) et celui pour le score CLIF-C ACLF était de 87,5 avec une sensibilité de 72% et une spécificité de 68% pour la mortalité intra-hospitalière. Les patients décédés avaient des scores CLIF-SOFA et CLIF-C ACLF significativement plus élevés avec une moyenne respectivement de 7,04 pour le groupe vivant vs 8,2 pour le groupe des patients décédés et de 84,5 vs 89,7 pour le score CLIF-C ACLF (p respectivement à 0,04 et 0,016). Ces deux scores ainsi que le score MELD ont été significativement associés à la mortalité intra-hospitalière ($p = 0,001$ et $p = 0,16$) alors que seuls les scores CLIF-SOFA et MELD étaient associés à la mortalité à trois mois ($p = 0,02$ et $p = 0,039$), le score Child-Pugh n'étant pas significativement associé à la mortalité intra-hospitalière.

Conclusion : Les nouveaux scores CLIF-SOFA et CLIF-C ACLF sont mieux adaptés au milieu de réanimation que les scores classiques pour la stratification pronostique à court terme des patients cirrhotiques en décompensation admis en USI.

P 164 : ETUDE DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU COMA TOXIQUE

Auteurs : M.MEKKI, Y.AMMAR, J.LAKHAL, S.MARZOUGUI, E.NAFFETI, N.B MEFTEH, B.KORBSI, N.BKAHLA, A.ELEUCHI, A.B HASSINE, M.BACHROUCH, M.BAYAR.

Service : Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie

Introduction : L'intoxication aiguë (IA) est un problème majeur de santé publique. Les données épidémiologiques se rapportant à ce sujet sont peu nombreuses en Tunisie. Les complications de ces IA secondaire à une tentative de suicide ou une intoxication involontaire sont multiples à la phase initiale.

Objectif : Le but de notre travail est d'étudier des données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des comas toxiques admis aux urgences.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur 36 mois portant sur 68 patients comateux admis aux urgences suite à une intoxication aiguë volontaire.

Résultat : L'âge moyen est de $29,61 \pm 18,5$ ans, avec prédominance féminine (SR=2,1). 23,5% de nos patients sont suivis en psychiatrie, et 14,7% des cas ont des antécédents d'IA. L'étude des toxiques en cause montrent que les pesticides représentent la cause la plus fréquente 67,6% des cas (chloralose 65,2%), suivis par les médicaments 20,6% (psychotropes 57,1%), le monoxyde de carbone 8,8% et l'alcool 2,9%. A l'admission, les signes les plus fréquemment rencontrés étaient : une altération de l'état de conscience (97,1%), modification du diamètre des pupilles (55,9%) et un état de choc (14,7%). On a eu recours à une ventilation mécanique pour tous nos patients, à un remplissage vasculaire chez 11,8% des patients, un lavage gastrique dans 20,6% des cas, l'administration des drogues vasoactives dans 14,7% des cas et un traitement étiologique dans 35,9% des cas. 79,4% des patients ont été hospitalisés en réanimation. 14,7% ont été admis à la SAUV sortant avec une lettre à la consultation externe de psychiatrie. On a déploré dans notre série deux décès (5,6%).

Conclusion : L'intoxication aiguë compliquée d'un coma est un problème majeur, sa prise en charge doit être rationnelle et standardisée quelque soit la nature du toxique en cause.

P 165 : INTOXICATION A LA FLECAINE ; A PROPOS D'UN CAS

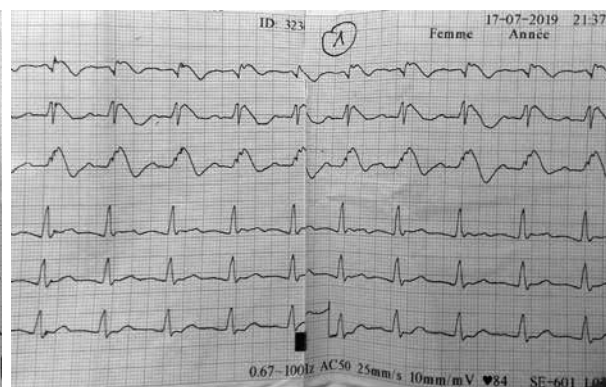
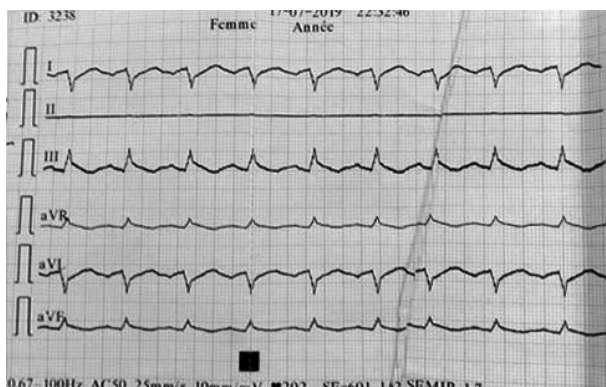
Auteurs : A.Khalfallah, W.Nouira*, N.Jerbi, S.Betout, A.Sghaier, S.Marghli

Service : Service des Urgences CHU Taher Sfar de Mahdia

Introduction : L'utilisation des anti-arythmiques n'est pas dénuée de risques même à doses thérapeutiques. En cas d'intoxication ou de surdosage le pronostic vital peut être mis en jeu. Nous rapportons le cas d'une intoxication volontaire à la flécaïne.

Cas clinique : K.A, 18 ans sans antécédents, adressée aux urgences pour intoxication aiguë volontaire par flécaïne suite à un conflit familial. La patiente a ingéré 30 comprimés de flécaïne 100 mg et 1 comprimé de Sintrom, un lavage gastrique était fait aux urgences périphériques et a ramené des débris blancs. A l'admission au service des urgences, la patiente était consciente, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire avec une tension artérielle 10/6, une fréquence cardiaque à 84 battements par minutes et saturation à l'air ambiant 98%. L'électrocardiogramme a montré un rythme sinusal avec des QRS larges, un PR allongé à 360ms, un bloc de branche droit complet et une ascension du point J. La biologie était sans anomalies et le dosage plasmatique de flécaïne n'a pas été fait. La patiente a été gardée sous surveillance rapprochée et a reçu deux flacons bicarbonate 42% de 500 ml et 2 g sulfate de Mg² en IVL. L'évolution a été marquée par la normalisation de l'électrocardiogramme au bout de 48 h et la patiente a été hospitalisée au service cardiologie avec bonne évolution.

Conclusion : L'intoxication à la flécaïne est grave et peut mettre en jeu le pronostic vital et le traitement reste symptomatique.



P 166 : SYNDROME DE CHEVAUCHEMENT DRESS/LYELL : A PROPOS D'UN CAS

Auteurs : A.Dekhakhna*, A.O.Badi, S.Oulaceb, H.Ouezani, K.Kahlouchi, H.Harouak, Z.Benabbes, R.Fardjallah.

Service : Service d'Anesthésie réanimation, EPH Bouchegouf, Guelma (Algérie).

Introduction : Le DRESS ou drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms et le syndrome de Stevens-Johnson et de Lyell (SSJ/LYELL) sont des toxidermies sévères (TS) pouvant partager certaines caractéristiques, ce qui soulève l'hypothèse de syndromes de chevauchement (SC). Nous rapportons un nouveau cas du SC DRESS/Lyell.

Cas clinique : Z.B., âgée de 66 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle et diabète type 2, insuffisance rénale chronique, a été hospitalisée pour une éruption cutanéomuqueuse sévère survenue 15 jours après la prise d'allopurinol. À l'examen, elle était fébrile à 39°C, l'examen cutané retrouve des lésions maculaires, vésiculeuses et bulleuses diffuses associées à un décollement épidermique, touchant la face, le cou, les mains, les pieds, la face antérieure du tronc, le dos, la surface de décollement est de 40% avec signe de Nikolsky positif. On a noté une présence de lésions ou d'érosions muqueuses buccale, oculaire, uro-génital, avec présence d'adénopathies périphériques. Le bilan a montré un TSH, une lipasémie normale, une C-réactive protéine à 200 mg/L, une lymphopénie à 650 éls/mm³, des signes d'un syndrome d'hémophagocytose (élévation des LDH 280 UI/L, hypertriglycéridémie 7,11 g/L, hyperferritinémie 865 ng/l), une cytolysé hépatique 2 fois la normale, une insuffisance rénale déjà existante, une dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, la radiographie thoracique est sans particularité. Le diagnostic de DRESS (score de RegiSCAR à 4) et de Lyell étaient certains. L'allopurinol a été arrêté. La patiente a été mise sous antibiothérapie et aciclovir, corticoïdes et a bénéficié de soins locaux et réanimation symptomatique. L'évolution clinique était défavorable par l'installation d'un état de choc septique à J8 d'admission en réanimation. Nous rapportons un cas de SC DRESS/Lyell. Le décollement bulleux étendu et surtout l'atteinte muqueuse sévère, nous ont orientés vers un Lyell alors que le délai entre l'éruption et la prise de l'allopurinol était suggestif de DRESS. L'atteinte viscérale sévère est possible dans les 2 toxidermies. Selon le groupe RegiSCAR un véritable SC est considéré lorsqu'un cas peut être classé comme « probable » ou « certain » pour 2 toxidermies sévères en même temps, comme notre patiente. Dans une revue de 216 TS, Bouvresse et al. ont retenu seulement 2,1 % de SC en appliquant des scores de validation de RegiSCAR. D'autres cas isolés de SC ont été publiés : DRESS/SSJ à l'allopurinol (2017), DRESS/SSJ à la lamotrigine (2006) et DRESS/PEAG au piperacillin/tazobactam (2016), K.Belhareth et al. (2018) un cas de SC DRESS/SSJ à la phénobarbital.

Conclusion : Le syndrome de chevauchement n'est pas rare. Le clinicien doit être averti de l'éventualité de SC qui présente une gravité supplémentaire par rapport aux TS.



P 167 : INTOXICATION AIGUË PAR L'AMITRAZE : A PROPOS D'UN CAS

Auteurs : F.Medhioub, R.Allala, M.Ben Amor*, Y.Abdelkafi, A.Talbi, A.Nasri

Service : Service réanimation, HR Mahres

Introduction : L'amitrazé est un insecticide de la famille des formamidines. C'est un insecticide utilisé en médecine vétérinaire pour le traitement des ectoparasites de certains animaux. Les cas d'intoxication chez l'animal sont très fréquents mais très peu de cas ont été rapportés chez l'homme.

Cas clinique : Une fille âgée de 14 ans, sans antécédents particuliers consulte au service des urgences de Mahres pour trouble de l'état de conscience une heure après l'ingestion volontaire d'amitrazé. À l'admission, l'examen clinique retrouvait un score de Glasgow à 13/15, un myosis bilatéral serré, une polypnée superficielle et une bradycardie sinusale à 53 batt/mn. La patiente a été hospitalisée au service de réanimation où elle a été mise sous oxygénothérapie. Elle a reçu trois bolus de 0.25mg d'atropine et une réhydratation avec du sérum salé isotoniques. L'évolution a été rapidement favorable.

Conclusion : Bien que rare, l'intoxication à l'amitrazé peut être grave. Il est facilement absorbé par voie cutanée et digestive. Les signes cliniques et biologiques les plus fréquemment rencontrés sont une dépression du système nerveux central et respiratoire, une bradycardie, une hypotension artérielle, une hypothermie, un myosis ou une mydriase, une hyperglycémie, une augmentation modérée des transaminases et des troubles digestifs. Une sensibilisation des usagers du produit à sa toxicité chez l'homme doit être envisagée.

P 168 : ALLERGIE AU SERUM ANTI-SCORPIONIQUE : A PROPOS DE DEUX CAS

Auteurs : F.Medhioub, R.Allala, M.Ben Amor*, S.Bradai, A.Talbi, M.Dllela, Y.Abdelkafi, A.Nasri

Service : Service réanimation, HR Mahres

Introduction : L'envenimation scorpionique est responsable le plus souvent de tableaux cliniques bénins. Les formes graves en font de l'envenimation scorpionique une urgence médicale. La sérothérapie anti-scorpionique ou SAS est le seul traitement spécifique prescrit. Une intolérance au SAS à type de réaction d'hypersensibilité immédiate comme le cas de ces deux patientes est rarement rapporté dans la littérature

Cas clinique : Cas clinique 1 Une femme âgée de 35 ans sans antécédents connus s'est présentée à la salle d'urgence 30 mn après une envenimation scorpionique. Elle était couverte de sueurs, fébrile à 39°C et présentait une douleur au point de piqure au niveau de son avant-bras gauche. Elle était consciente coopérante, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Elle a reçu une ampoule de SAS en IV lente puis elle a été hospitalisée au service de réanimation. Elle développait une éruption cutanée à type d'érythème du visage et de lésions urticariennes du ventre et des deux cuisses 15 mn après. Elle se plaignait d'obstruction nasale sans autres manifestations respiratoires ni instabilité hémodynamique. Cas clinique 2 Une femme âgée de 26 ans sans antécédents connus s'est présentée à la salle d'urgence 20 mn après une envenimation scorpionique. Elle présentait une douleur au point de piqure au niveau de son gros orteil droit. Elle était consciente coopérante, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Elle a reçu une ampoule de SAS en IV lente puis elle a été hospitalisée au service de réanimation. Elle développait un érythème généralisé quelques minutes après. Le diagnostic de réaction d'hypersensibilité immédiate au sérum anti scorpionique a été retenu chez ces deux patientes. Elles ont été mises sous corticothérapie et traitement anti histaminique par voie IV. L'évolution a été marquée par la disparition rapide de la symptomatologie cutanée et respiratoire. Elles ont été mises sortante 24 heures après.

Conclusion : Le bénéfice que peut apporter le sérum anti scorpionique pour la résolution des symptômes d'une piqure de scorpion justifie un risque rarement rapporté de réaction d'hypersensibilité immédiate rapidement résolutive sous traitement médical bien conduit

P 169 : MYOCARDITE TOXIQUE: COMPLICATION RARE DE L'INTOXICATION AUX ORGANOPHOSPHORES

Auteurs : N.BEN ALGIA, F.JALLOUL*, K.BEN ALGIA, K.AMMAR

Service : HÔPITAL REGIONAL DE GAFFSA, SERVICE DE REANIMATION

Introduction : L'intoxication aux raticides est fréquente en Tunisie, notamment dans la région de Gafsa (80% des intoxications volontaires admises en Réanimation). Son tableau clinique est dominé par la symptomatologie neurologique et son évolution est souvent favorable. Cependant, des complications graves peuvent survenir. La myocardite toxique en est une complication exceptionnelle.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 16 ans sans antécédents pathologiques qui a été admis en réanimation suite à une ingestion volontaire de 04 flacons de raticide de nature indéterminée (organophosphorés ou carbamates le plus probablement), occasionnant un coma agité au bout de une heure et demi, d'où le recours à la ventilation mécanique. L'évolution était marquée par l'installation à H6 d'une tachycardie sinusale à 150 bpm rapidement suivie par un tableau d'OAP (clinique et radiologique) et une hypotension artérielle nécessitant les cathécholamines. L'ECG n'a pas objectivé d'anomalies mis à part la tachycardie sinusale. La troponine I hypersensible était positive à 8272 ng/l et l'ETT faite à H 24 a objectivé une hypokinésie globale avec une FEVG à 21%. L'évolution a été marquée par une amélioration progressive de la fonction cardiaque (FEVG à j 3=35% et à j 6=60%) permettant ainsi l'extubation du patient.

Conclusion : Malgré la fréquence élevée des intoxications aux organophosphorés, la symptomatologie cardiovasculaire de cette intoxication est souvent méconnue par rapport aux symptômes respiratoires et neurologiques. Une meilleure connaissance de ces mécanismes physiopathologiques permettra d'améliorer sa prise en charge.

P 170 : PRISE EN CHARGE DES INTOXICATIONS PAR LES STABILISANTS DE MEMBRANE A LA SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES: A PROPOS DE 3 CAS

Auteurs : Sfaxi.S*, Chtourou.D, Bahria.W, Bhourri.I, Ben youssef.I, Ben Othmane .M

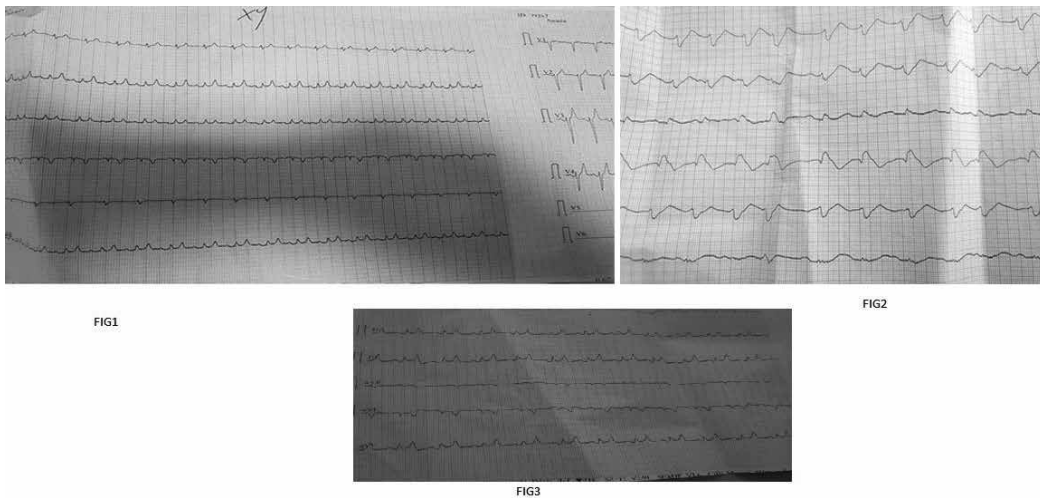
Service : Service des urgences de l'hôpital Mongi Slim

Introduction : Les intoxications médicamenteuses représentent un motif fréquent de consultation aux urgences. Celles avec effet stabilisant de membrane (ESM) sont responsables d'une surmortalité en raison du risque de survenue brutale d'une défaillance circulatoire aigue. La prise en charge de ces patients intoxiqués commence dès leurs admissions à la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV).

Cas clinique : Cas 1 : Le premier s'agit d'un patient âgé de 30 ans asthmatique mal suivi admis dans nos urgences pour détresse respiratoire : Spo2 = 70 % (AA), des sibilants diffus aux 2 champs pulmonaires et détresse neurologique : un GCS = 3 pour lesquelles il a été intubé et ventilé en mode VAC. En post intubation il a présenté une instabilité hémodynamique nécessitant le recours au drogue

vasoactive :la noradrénaline 2 mg/ h pour un objectif une PAM à 90 mmHg. A l'ECG : RRS à 100 bpm avec QRS large. (fig 1) et la biologie revenue sans anomalies. Devant l'altération de l'état neurologique on a complété par un scanner cérébral revenant normale et un bilan toxique montrant une intoxication à l'ADT. La conduite était d'administrer le bicarbonate semi molaire 250 mg avec 2 Ap de kcl pour antagoniser l'effet stabilisant de membrane et d'introduire l'adrénaline. L'évolution a été marquée par le décès dans les 24 heures. Cas 2 : Le deuxième cas s'agit d'une patiente âgée de 50 ans sans antécédents, ramené par sa famille pour altération de l'état général. A l'interrogatoire elle rapporte la notion d'ingestion de 40 cp de Flécaine 100 mg soit 4g. L'examen montre : GCS=13, une hypotension à 90/60 mmhg qui n'a pas répondu au remplissage. A l'ECG : QRS large, élargissement de l'espace QT (fig 2). La patiente a été intubée devant la détresse neurologique (SGC= 6) et hémodynamique (TA= 60/40mmHg et FC = 45 bpm) puis elle a reçu 250 ml de sodium semi molaire associé à 2 Ap de kcl pour antagoniser l'effet stabilisant de membrane avec introduction de l'adrénaline. Elle a été ensuite transférée dans un service de réanimation où elle a présenté un état de choc cardiogénique réfractaire avec recours à une sonde d'électrostimulation externe. Elle a été décédée après 24 heures de son transfert. Cas 3 : Le 3ème cas s'agit d'une patiente âgée de 48 ans aux antécédents d'HTA sous Sectral 400 mg ramenée par sa famille pour une altération de l'état de conscience avec à l'examen un GCS à 3 associés à une hypotension et une bradycardie A l'ECG : allongement QT et QRS Large (fig 3). Devant ce tableau 'intoxication aux bétabloquants la patiente a été intubée, sédaturée et ventilée en mode VAC avec recours à l'adrénaline et administration de bicarbonate de sodium semi molaire : 250 ml associé à 2 Ap Kcl. Elle a été transférée dans un service de réanimation pendant 30 heures puis décédée.

Conclusion : Les intoxications par les toxiques avec ESM sont graves. Seule une prise en charge précoce spécialisée pourrait permettre d'en améliorer le pronostic.



P 171 : METOCLOPRAMIDE INDUCED ACUTE DYSTONIC REACTION IN A PATIENT WITH ORGANOPHOSPHATE POISONING : RISKS AND PITFALLS.

Auteurs : S.Bel Haj Youssef*, A.Meftah, H.Hmouda.

Service : Medical Intensive Care Unit, Sahloul University Hospital, Faculty of Medicine of Sousse, Tunisia.

Introduction : Metoclopramide induced acute dystonic reactions (ADR) are misleading when they occur in a context of organophosphate poisoning (OPP). We present a case of OPP who developed metoclopramide induced ADR. Early recognition and antidote administration are key elements for successful management.

Cas clinique : A 22-year old healthy male, was admitted to the ICU for acute organophosphate poisoning requiring the use of invasive mechanical ventilation. The patient was extubated on the third hospital day. Because of persistent nausea and vomiting, 10 mg of intravenous metoclopramide was administered. A few minutes later, he complained of pain and stiffness of the neck which was slightly arched backwards, and lateral deviation of eyes to the right without arrhythmic component. He had axial rigidity with evidence of opisthotonus (figure.1). He was unable to speak. On examination, he was conscious with blood pressure of 113/77 mmHg, pulse rate of 74 beats/minute, respiratory rate of 25 breaths/minute and temperature of 37.3 °C. There was no accumulation of saliva in his mouth and he could swallow, but with difficulty. There were no signs of respiratory distress. The remainder of physical examination was unremarkable. The diagnosis of metoclopramide induced ADR was considered. Treatment with 10 mg of intravenous Artane* (Trihexyphenidyle chlorhydrate) an anticholinergic agent, was given as well as 0,5 mg IV atropine. Symptoms resolved within minutes. Metoclopramide was discontinued, and outcome was uneventful. He was discharged three days later and was advised to avoid taking metoclopramide. Follow-up visit, three weeks later, was unremarkable.

Conclusion : Patients admitted for OPP, treated with metoclopramide should be closely monitored in order to detect dystonic reactions that can mimic symptoms of OPP, and may be lifethreatening. IV Trihexyphenidyle chlorhydrate is the drug of choice to instantaneously reverse symptoms.

P 172 : INTOXICATION AIGUE PAR LA FLÉCAÏNIDE

Auteurs : Kalfallah A, Hasnaoui T*, Nouira W, Ben Salem F, Chaouech S, Sghaier A, Jerbi N, Kerkeni W, Marghli S;

Service : CHU Tahar Sfar Mahdia , Service des Urgences, * Service de cardiologie

Introduction : Le pronostic de l'intoxication au flécaïnade dépend des manifestations cardiovasculaires notamment la présence d'une tachycardie supra ventriculaire avec des complexes QRS larges et étranges et peut facilement être confondue avec une tachycardie ventriculaire menant à un traitement inapproprié.

Cas clinique : Une jeune fille âgée de 18ans, ayant ingérée dans un but suicidaire 30 cp de flecaine® soit 3000 mg. Un lavage gastrique était pratiqué à H1 aux urgences périphériques. A l'arrivée à notre urgence la patiente se plaignait de vertiges. A l'examen clinique l'état neurologique et les constantes vitales étaient stables : GCS : 15, PA : 100/ 60 mmHg sans signes périphériques de choc, FC : 84 batts/min, SatO₂ : 98% AA. Cependant l'ECG a objectivé un rythme sinusal avec allongement de PR à 24 ms, QRS large (durée QRS : 240 ms) et BBD. Elle a reçu du bicarbonate de sodium à 42 ‰ et 2 g de sulfate de magnésium. L'évolution à H48 était favorable avec apparition des QRS fins (durée : 100 ms) et diminution de la durée de l'espace PR à 120 ms. La patiente a quitté l'hôpital en bon état à J5.

Conclusion : Il faut toujours évoquer précocement le diagnostic de l'intoxication à la flécaïne® sur les signes électriques spécifiques notamment chez les jeunes afin de démarrer le traitement spécifique et prévenir les complications qui pourraient être fatales.

P 173 : HYPERBARIC OXYGEN THERAPY TO TREAT CARBON MONOXIDE-POISONED PATIENTS : USE AND MISUSE IN TWO SIMULTANEOUS CASES.

Auteurs : S.Bel Haj Youssef*, A.Meftah, H.Hmouda.

Service : Medical Intensive Care Unit, Sahloul University Hospital, Faculty of Medicine of Sousse, Tunisia.

Introduction : Treatment of CO poisoning is based on normobaric and hyperbaric oxygen therapy (HBOT) depending on the severity of initial presentation and the availability of HBOT. We report two cases of co poisoning highlighting possible cardiac side effects of HBOT.

Cas clinique : We report the case of two patients S and H, both aged 22 years, without significant medical history, who were transported to the emergency department after acute carbon monoxide poisoning. On physical examination, both patients were comatose with a GCS at 6 (E1M4V1), normal blood glucose , SaO₂ = 70% at room air, respiratory rate was 28, the ABG revealed lactic metabolic acidosis, hemodynamic parameters were within normal limits. They were intubated and mechanically ventilated.

Carboxyhemoglobin value was found to be > 30% in both patients. Brain CT scan was normal as well as renal function . Cardiac biomarkers were elevated, and mean troponin level was 2710 ng/l. Liver enzymes were elevated (ASAT 71, ALAT 84 IU/L) as well as CPK levels (302UI/L). HBOT was planned, but patient S altered her hemodynamic status. Thus, only patient H had a 90-minute session. Patient H raised her troponin values after the HBOT session, which remained elevated throughout the ICU stay. In contrast, troponin values dropped remarkably in patient S. (Figure1) ECG in patient H after HBOT revealed a prolonged QT interval.

Transthoracic echocardiography was performed, and no structural or functional cardiac abnormalities were found. Both patients were extubated within two days of invasive mechanical ventilation. They were discharged after seven days. Both patients were followed over a two-month period. They did not report any cardiac related adverse event.

Conclusion : Myocardial injury is a serious side effect of HBOT. Thus, caution should be observed when treating patients with hyperbaric oxygen. Risks and benefits should be put into balance, particularly when HBOT is not available on site.

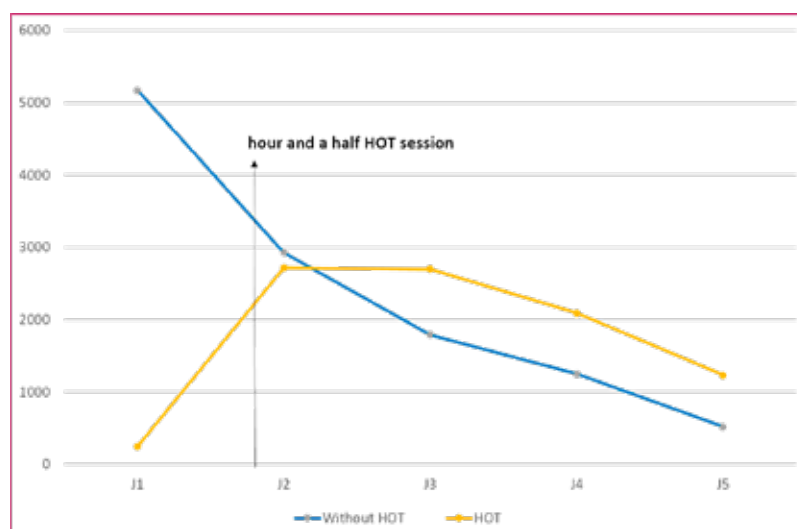


Figure1: Evolution of troponins in two patients with and without HBOT

P 174 : DETRESSE RESPIRATOIRE SECONDAIRE A UNE INSTILLATION INTRANASALE DE JUS D'ECBALLIUM ELATERIUM

Auteurs : H. Mayoufi*, F. Essafi, M. Kaddour, N. Ben Slimene, I. Talik, T. Merhabene

Service : Réanimation médicale, Hôpital régional de Zaghuan

Introduction : L'Ecballium elaterium est une plante traditionnellement utilisée à des fins thérapeutiques [1]. L'utilisation non diluée du jus de ce fruit a été décrite hautement toxique [2]. Nous présentons un cas d'œdème de la luette extensif compliqué d'insuffisance respiratoire aiguë obstructive attribuable à un usage intra nasal d'extrait de ce produit.

Cas clinique : Un homme de 68 ans aux antécédents de sinusite chronique s'est présenté aux urgences pour dyspnée et dysphagie. A l'examen il était polypneïque, en position assise penché en avant avec des signes de lutte et une SpO₂ à 90% à l'air ambiant.

L'auscultation pulmonaire était normale. L'examen de la bouche a objectivé un œdème important de la luette avec érythème de toute la muqueuse buccale et la voie était rauque. Les yeux étaient rouges avec larmoiement incessant. A l'interrogatoire, le patient a avoué avoir utilisé l'extrait de fruit d'une plante : squirting cucumber pour traiter sa sinusite sous forme de 3 gouttes non diluées dans chaque narine, 6 h avant de se présenter aux urgences. Le bilan biologique était normal sauf une hypoxémie à l'air ambiant, la radiographie du thorax ne montrait pas de lésion. Le patient a été mis en position assise avec oxygène à 8l/min permettant d'avoir une SpO₂ à 96%. Il a reçu 200 mg d'hémisuccinate d'hydrocortisone et 50 mg de prométhazine (phenegan®) en IV puis une injection de 0,5 mg d'adrénaline en IM devant la non amélioration et admission en unité de réanimation. L'évolution ultérieure était favorable avec diminution progressive de l'œdème de la luette et disparition de l'hypoxie sous traitement corticoïde et antihistaminique permettant sa sortie à j 3.

Conclusion : L'œdème allergique des voies respiratoires supérieures est rare chez les adultes. L'interrogatoire garde une place importante pour identifier l'agent causal.

P 175 : ÉVOLUTION CLINIQUE ET GRAVITÉ DE 15 CAS DE MORSURE DE VIPÈRE

Auteurs : Z. Abjaw, R. ELhadrami, H. Elhamzaoui, T. Abouelhassan

Service : Département of anesthesiology and intensive care of Mohamed VI university hospital of Marrakech

Introduction : Les morsures de serpent restent toujours comme un des plus inquiétants problèmes de santé publique en termes de mortalité et de morbidité malgré et elles représentent de plus en plus une pathologie fréquente du service d'urgences et de chocage.

Objectif : Étudier le profil des patients mordus et évaluer la qualité de prise en charge et contraintes qui s'opposent

Méthode : Un travail rétrospectif sur 12 mois (janvier 2018–décembre 2018) a inclus tous les patients, âgés de 15 ans et plus, pris en charge pour morsure de serpent dans le service des urgences et de chocage CHU MED VI MARRAKECH.

Résultat : Durant la période d'étude, nous avons colligé 15 cas de morsures de serpent, avec un âge moyen de 27 ans, une prédominance masculine 84%. avec une nette incidence en été. Les morsures siégeaient aux membres supérieurs dans 59%, le délai moyen entre la morsure et la prise en charge hospitalière est de 6 heures. La répartition de nos patients selon la gradation de l'institut Pasteur, a permis de classer sept patients au grade 0, 3 au grade 1, 6 au grade 2 et 7 patients au grade 3. La prise en charge a consisté en l'administration de sérum antivenimeux (n = 9) associé à un traitement symptomatique. L'évolution a été favorable chez 12 cas.

Conclusion : Les morsures de vipère ne représentent pas une pathologie fréquente, mais de gravité extrême si retard de prise en charge engageant le pronostic.

P 176 : L'INTOXICATION A L'ÉTHYLÈNE GLYCOL UNE CAUSE RARE DE COMA EN RÉANIMATION

Auteurs : A. Kaddour*, S. Maaref, M. Zakraoui, F. Jaoued, F. Ferhi, K. ben Jazia

Service : service d'anesthésie Réanimation hôpital farhat hached sousse Résumé :

Introduction : Les intoxications aiguës par l'éthylène glycol sont relativement rares mais potentiellement graves. Elles peuvent entraîner une insuffisance rénale aiguë, une acidose métabolique, une hypocalcémie des convulsions, un dysfonctionnement cardiopulmonaire secondaires à la précipitation des cristaux d'oxalate de calcium. Le traitement classique associe la perfusion de bicarbonate, administration de l'éthanol comme antidote et une hémodialyse permet souvent d'obtenir une guérison sans séquelles.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 17 ans, sans antécédents, ramené à nos urgences le 21 septembre 2019 dans un tableau de coma calme. Le début de la symptomatologie remonte à 1 jour avant marquée par l'installation de vomissements et douleurs abdominales 2 heures après l'ingestion accidentelle de 200 ml de liquide de refroidissement, suivies d'une somnolence, un syndrome ébrieux occasionnant un traumatisme crânien. A l'arrivée, il a été intubé ventilé sédaté, mis sous cathécolamines devant l'insuffisance circulatoire aiguë. À la biologie, on note une acidose métabolique avec un trou anionique élevé suivie par l'installation d'une insuffisance rénale aiguë. Les recherches de toxiques dans le sang et les urines se sont révélées négatives. La confirmation de l'absorption d'éthylène glycol conduit à la mise en route d'un traitement antidotique par le méthanol. Des séances d'hémodialyse ont été effectuées devant la tubulopathie anurique. Le patient a été rapidement sevré des cathécolamines, extubé à j10 d'hospitalisation. Il garde encore une insuffisance rénale à diurèse conservée nécessitant le recours aux séances d'hémodialyse.

Conclusion : Les intoxications à l'éthylène-glycol sont rares et souvent involontaires. Cependant, leur gravité impose la mise en place immédiate d'un traitement antidotique : 4-méthylpyrazole ou éthanol. Cette observation rappelle que tout état d'ébriété avec une

alcoolémie négative associée à une acidose métabolique, doit faire rechercher la présence d'un alcool toxique ou de ses métabolites .
l'apport oral de fortes doses d'alcool en association avec l'hémodialyse demeure une alternative thérapeutique très efficace.

RÉFÉRENCES: 1-Mégarbane B, Brahmi N, Baud F. Intoxication aiguë par les glycols et alcools toxiques : diagnostic et traitement. *Reanimation* 2001;10:426–34. 2-Bigaillon C, Thefenne H, Samy S, Batjom E, Salle S, Cirodde A, et al. Intoxication par l'éthylène glycol : réflexion à propos d'un cas. *Ann Biol Clin (Paris)* 2007;65:437–42.

THEME : SCORING, PROCÉDURES ET PRONOSTIC

P 177 : SHOCK INDEX : INTÉRÊT DANS L'ÉVALUATION PAR L'INFIRMIER DU PRONOSTIC DES TRAUMATISÉS GRAVES

Auteurs : Zaouche K, Boubaker R, Mghirbi A, Kilani M, Yahya Y, Fenni M, Maghraoui H Majed K

Service : Service des Urgences. CHU La Rabta.

Introduction : La phase précoce du traumatisé grave – période pré hospitalière et hospitalière initiale – est primordiale car elle pourrait diminuer la mortalité secondaire au traumatisé. Afin d'optimiser la prise en charge au cours de cette phase précoce, plusieurs outils pronostics ont été élaborés afin de guider le soignant. Le shock index est un des outils dont l'utilisation principale était l'identification par les médecins, des patients à risque accru de transfusion massive

Objectif : Le but de ce travail était d'étudier l'intérêt de l'utilisation du shock index par l'infirmier d'accueil aux urgences comme outil pronostic des patients traumatisés graves.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective, transversale, observationnelle et analytique sur 3 mois au service des Urgences de La Rabta en incluant les patients ayant au moins un seul critère de gravité dans les circonstances du traumatisme. Nous avons exclu les traumatismes bénins, les patients sous bêta-bloquants ou inhibiteurs calciques bradycardisants au long cours et ceux ayant une gravité patente : tels que ceux ramenés intubés ou mis d'emblée sous drogues.

Résultat : Nous avons inclus 100 patients. L'âge moyen était de 43 ± 18 ans avec une sex-ratio de 2,33. Pour 52% de notre population, le traumatisme était secondaire à un accident de la voie publique impliquant un piéton dans 28% des cas. La deuxième cause était la chute dans 34% des cas et enfin l'agression dans 14% des cas. Seul 9% des patients avaient une $SP02 < 90\%$ à l'admission, la fréquence cardiaque était supérieure à 90batt/min dans 48% des cas, la PAS était inférieure à 90mmHg chez un seul patient et le Glasgow était inférieur à 15 chez 32% des cas. Une GAD $> 1,8g/l$ chez 13% des patients. En classant les patients selon le mécanisme du traumatisme, nous avons retrouvé 35 traumatismes crâniens dont 22 étaient isolés, 21 traumatismes thoraciques dont 11 étaient isolés, 30 traumatismes abdomino-pelviens dont 18 avaient un traumatisme isolé du bassin et enfin 34 traumatismes périphériques. Nous avons retrouvé un shock index $\geq 0,7$ chez 72 patients qui a été retrouvé chez les 28 patients ayant une hémorragie post traumatique ($p = 10^{-3}$) bien qu'aucun patient n'ait nécessité de transfusion. Il a aussi été associé significativement avec l'existence d'une fracture post traumatique ($p = 0,005$) et l'existence d'un traumatisme crânien ($p = 10^{-3}$). Enfin, il a été retrouvé chez les 16 patients ayant nécessité une intubation orotrachéale ($p = 0,05$) et chez les 12 patients décédés ($p = 0,018$).

Conclusion : Le shock index pourrait être un outil d'alarme pour l'infirmier d'accueil afin d'intensifier la prise en charge

P 178 : VALEUR PRONOSTIQUE DU SHOCK INDEX MODIFIÉ CHEZ LES PATIENTS ADMIS A LA SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES

Auteurs : Boussaid.I*, Nouira.NE, Chtourou.D, Chemsî.A, Chaabene.M, Nacéri.T, Benothmane.M

Service : Service des urgences de l'hôpital Mongi Slim

Introduction : Le shock index modifié (MSI), moyen simple à calculer à la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV), a été proposé pour prévoir la gravité dans plusieurs pathologies septiques et traumatiques. Cependant il n'a pas été encore étudié chez les patients admis pour noyade aux urgences.

Objectif : Le but de cette étude était d'évaluer la valeur pronostique du MSI chez les patients admis pour noyade à la SAUV.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective menée à la salle SAUV des urgences de l'hôpital Mongi Slim. Inclusion des patients admis pour noyade quel que soit l'âge et exclusion des patients admis en ACR. Recueil des données épidémiologiques, de l'examen clinique, thérapeutiques et évolutives pour chaque patient. Calcul à l'admission du $MSI = FC / PAM$ avec $PAM = ((PAD * 2) + PAS) / 3$ (cut-off=1,3). Etude de la valeur pronostique du MSI chez les patients admis pour noyade à la SAUV.

Résultat : 96 patients ont été inclus. L'âge moyen était de $29,6 \pm 19$ ans avec SR à 2,4. Le SIM était en moyenne de $1,28 \pm 0,5$. Une étude comparative entre les 2 groupes $SIM < 1,3$ et $SIM \geq 1,3$ a été réalisée (tableau1). Caractéristiques de la courbe ROC du SIM : Cut-off=1,18 ; AUC [Intervalle confiance 95%] = 0,676 [0,55-0,80] ; $p = 0,036$; Sensibilité=57% ; spécificité= 65% ; valeur prédictive positive= 22 % ; valeur prédictive négative= 90 %.

Conclusion : Le SIM est un bon prédicteur de gravité des patients admis à la SAUV : la réanimation cardiopulmonaire, recours aux drogues vasoactives et à la ventilation mécanique et le décès à 06 mois. Il pourrait être facilement intégré dans l'examen initial des patients admis pour noyade

	SIM = 1,3 32(33,3%)	SIM < 1,3 64(66,7%)	p
RCP n(%)	6(18)	4(6,5)	0,07
Ventilation mécanique n(%)	16(50)	16(25)	0,03
Drogues vasoactives n(%)	12(37)	3(4,8)	<0,001
Transfert en réanimation n(%)	14(48)	3(4,8)	<0,001
Décès n(%)	9(28)	5(7,8)	0,019

P 179 : VALEUR PRONOSTIQUE DU SCORE SOFA DANS LA PREDICTION DE LA MORTALITE INTRA-HOSPITALIERE CHEZ LE SUJET AGE

Auteurs : A. Achouri*, H. Mhadhbi, K. Zaouche, H. Maghraoui, R. Boubaker, K. Majed

Service : Hôpital la Rabta Tunis, Service des urgences

Introduction : Le sepsis est une cause majeure de mortalité intra-hospitalière. L'âge semble être un déterminant de la mortalité dans le sepsis. Le score SOFA a un intérêt pronostique au cours du sepsis pris en charge dans les unités de réanimation.

Objectif : Etudier la valeur pronostique du score SOFA dans la prédiction de la mortalité intra-hospitalière et relever ses particularités chez le sujet âgé pris en charge pour sepsis aux urgences.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective observationnelle sur une période de 6 mois. Nous avons inclus tous les patients âgés de plus de 18 admis aux urgences pour sepsis. Le diagnostic du sepsis a été retenu (selon la définition sepsis-3). Deux groupes de patients ont été étudiés comparativement : groupe 1 (sujets âgés de plus de 65 ans) et groupe 2 (sujets jeunes). Le critère de jugement principal était la mortalité intra-hospitalière.

Résultat : Nous avons colligé 119 patients dont 59 (49,6%) appartenaient au groupe 1 et 60 (50,4%), appartenaient au groupe 2. Chez les sujets âgés la médiane d'âge était de 78 ans. Le sex-ratio était de 1,36 sans différence significative entre les 2 groupes. Les antécédents les plus retrouvés étaient l'hypertension artérielle (59,3%), le diabète (47,5%) et l'insuffisance cardiaque chronique (22%). Le diabète était réparti de façon comparable entre les deux groupes ($p=0,1$) tandis que l'hypertension artérielle était plus retrouvée dans le groupe 1 ($p=0,03$). Le taux de mortalité chez le sujet âgé était de 33,9% versus 28,9% chez les sujets de moins de 65 ans ($p=0,04$). Le score SOFA était corrélé avec la mortalité intra-hospitalière chez les 2 groupes ($p<0,001$). Le score SOFA avait une aire sous la courbe ROC (AUROC) de 0,801 ; IC 95% = [0,662-0,941] chez les sujets âgés versus 0,873 ; IC 95% = [0,736-1], dans le groupe 2.

Conclusion : Le score SOFA était efficace dans la prédiction de la mortalité intra-hospitalière au cours du sepsis aussi bien pour le sujet âgé que le sujet jeune. Cependant, ce score n'avait pas une efficacité supérieure chez le sujet âgé.

P 180 : VALEUR PRONOSTIQUE DU Q SOFA AUX URGENCES

Auteurs : R. Baccouche, R. Boubaker, KH. Zaouche, A. Mghirbi*, M. Kilani, Y. Yosra, M. Moudhaffer, A. Ben Hamida, H. Maghraoui, K. Majed

Service : Service des urgences La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : L'utilisation du « quick Sequential Organ Failure Assessment (q SOFA) » pourrait avoir un apport pour le diagnostic précoce des malades à risque de mortalité élevée et ce de par son habilité à détecter précocement les défaillances d'organes.

Objectif : évaluer l'habilité du q SOFA à prédire de la gravité des malades consultant les urgences indépendamment de leurs diagnostics.

Méthode : étude rétrospective descriptive. Nous avons inclus les patients âgés de dix-huit ans et plus consultant les urgences pour une pathologie non traumatique. Nous n'avons pas inclus les patients en arrêt cardiorespiratoire et ceux amenés par le SAMU ou transférés d'autres hôpitaux et chez qui des drogues vasoactives ont été introduites. Les patients sous traitement ayant une action sur la fréquence cardiaque et les patients évadés ont été exclus. Les critères de jugement principaux étaient la mortalité intra-hospitalière et à 28 jours et secondairement l'apparition de dysfonction d'organe et la nécessité de recours à une unité de réanimation.

Résultat : Deux cents vingt-deux patients ont été recrutés. L'âge moyen des patients était de 56,8 ans 17,1 avec des extrêmes de 18 ans et de 91 ans. Notre population était répartie en 127 hommes (57,2%) et 95 femmes (42,8%) soit un sex ratio de 1,33. Les sujets âgés de 65 ≥ ans représentaient 35,1%. Les deux principaux antécédents étaient le diabète (39,6%) et l'hypertension artérielle (19,4%). Soixante-cinq patients avaient au moins deux antécédents (29,3%). Quarante-neuf patients avaient un q SOFA au moins égale à 2 (22,1). Principalement, une pathologie cardiovasculaire avait été retrouvée dans 33,3% des cas, septique chez 29,3% des cas et métabolique dans 24,3% des cas. Dix patients (4,5%) avaient développés au cours de leur prise en charge un état de choc. Vingt-sept patients (12,2%) ont développé des dysfonctions d'organes. Nous avons eu recours à l'intubation chez 6 patients (2,7%). Des drogues vasoactives ont été introduites chez 7 malades (3,2%). Vingt-sept patients ont nécessité le transfert en une unité de réanimation (12,2%). Vingt-trois patients étaient décédés à l'hôpital (10,4%). Parmi les 199 patients qui étaient sortis vivants (89,6%), 15 patients étaient décédés (6,7%) durant les 28 jours suivant soit une mortalité globale de 17,1%. Il y avait une corrélation statistiquement significative entre le q SOFA et la mortalité intra-hospitalière ($p<0,001$) mais pas la mortalité à J28 ($p=0,3$). Une liaison statistiquement significative a été retrouvée entre le nombre de dysfonctions d'organe et le q SOFA ($p<0,001$) et entre le q SOFA et la nécessité d'une prise en charge en réanimation ($p<0,001$).

Conclusion : Le q SOFA, de part sa facilité et son applicabilité chez tous les patients sans avoir recours aux résultats biologiques, pourrait être un outil fiable pour trier les patients les plus graves aux urgences.

P 181 : QSOFA ET MORTALITE INTRAHOSPITALIERE CHEZ LES PATIENTS ADMIS POUR SEPSIS OU ETAT DE CHOC SEPTIQUE

Auteurs : H. Gnena*, H. Hedhli, M. Khasskhoussi, R. ben Kaddour, S. Othmani, M. Ellouz, A. Zoubli, R. Hamed

Service : hôpital Charles Nicole de Tunis service des urgences

Introduction : Plusieurs outils ont été élaborés aux urgences afin d'optimiser la prise en charge initiale du sepsis dont le quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA). Cependant, sa valeur prédictive de mortalité chez ces patients reste incertaine.

Objectif : Le but de notre étude était d'évaluer la valeur prédictive de mortalité du qSOFA.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle prospective menée sur 8 mois (janvier-août 2019) aux urgences d'un centre hospitalo universitaire incluant les patients d'âge supérieur ou égal à 14 ans présentant un sepsis ou un état de choc septique confirmé. Le Qsofa a été calculé dès l'admission du malade. Nous avons utilisé la courbe ROC dans nos calculs statistiques

Résultat : Cent sept patients ont été inclus. L'âge moyen était de 64+/-17 avec une nette prédominance masculine (sex ratio=1,7). Les comorbidités les plus fréquentes étaient le diabète (46,7%) l'HTA (41%) et l'insuffisance rénale(16,8%). Le motif de consultation était majoritairement représenté par la fièvre dans 43% des cas suivi de douleurs abdominales dans 19,6%. La porte d'entrée la plus fréquente était urinaire 46,7% suivie de l'origine pulmonaire dans 24,3%. Qsofa score ≥ 2 était présent seulement chez 40 patients (sensibilité=20% ; spécificité=92%) . La mortalité dans notre série était estimée à 28%. La courbe ROC a montré un faible pouvoir discriminant quant à la valeur prédictive de mortalité du score qsofa (AUC=0,64).

Conclusion : Bien qu'il soit un outil adapté dans le contexte de l'urgence, le qSOFA manque de fiabilité dans l'estimation de la gravité du pronostic et de la mortalité.

P 182 : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET FACTEURS PRONOSTIQUES DE L'ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE

Auteurs : M.BACHROUCH, Y.AMMAR, M.BAYAR, M.MEKKI, J.LAKHAL, S.MARZOUGUI, E.NAFFETI, N.B MEFTEH, B.KORBSI, N.BKAHLA, A.ELEUCHI, A.B HASSINE.

Service : Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie

Introduction : Les patients admis à la SAU présentent souvent une ou plusieurs défaillances viscérales parfois surajoutées à des comorbidités lourdes. Les techniques de suppléance vitale sont elles-mêmes des procédures à risque pouvant faciliter la survenue d'un A.C.R et diminuer l'efficacité de la R.C.P.

Objectif : Le but de notre travail était d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et de dégager les facteurs pronostiques de l'ACR.

Méthode : nous avons menés une étude rétrospective au S.A.U de CHU Maamouri Nabeul durant l'année 2018, incluant 112 patients ayant présenté un A.C.R initial ou secondairement lors de leur séjour à la SAUV. L'analyse des données est réalisée par le logiciel SPSS version 18.

Résultat : l'âge moyen était de 64.93 ans (11 à 96 ans), avec prédominance masculine (SR 3,66). Les ATCDS sont dominés par la pathologie cardio-vasculaire (42.9%) et les endocrinopathies (27.7%). 21.43% de nos patients n'avaient aucun ATCD. Un IGSA > 8 était noté dans 55.4% des cas, un CGS < 5 chez 33% des patients. Un état de choc était retrouvé chez 44.6% de nos patients, une mydriase bilatérale chez 25%. L'ACR était d'emblée dans 23% des cas. L'étiologie post-traumatique était notée dans 12,5% des cas. Une cause médicale a été retenue dans 87,5% des cas : 24% I.R.A, 22,3% insuffisance circulatoire, 17,9% pathologie neurologique. 62,5% de nos patients avaient bénéficié d'une R.C.P, dont la durée moyenne était de 25,81 mn. 84% des patients avaient nécessité une intubation orotrachéale. On a eu recours aux drogues vaso-actives dans 76% des cas. La mortalité était de 80,4%. L'analyse uni- variée a permis de dégager les facteurs de mauvais pronostic suivants : • Co-morbidité ≥ 2 • Tableau clinique grave d'emblée ou secondairement avec IGSA > 8 • Etat de choc, mydriase survenant secondairement • Intubation et recours aux drogues vaso-actives secondairement • Durée de réanimation ≥ 10 mn • Pathologie neurologique, hépatique, rénale et traumatique.

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

P 183 : ANESTHÉSIE HORS BLOC OPÉRATOIRE EN PÉDIATRIE

Auteurs : I.Mehrez, A.Berdai, M.Harandou

Service : Service de réanimation Mère Enfant CHU Hassan II – FES

Introduction : - L'anesthésie hors bloc opératoire(AHBO) en milieu pédiatrique connaît des indications de plus en plus croissantes et beaucoup de progrès en raison de son intérêt pour la réalisation de gestes d'explorations à visée diagnostique et ou thérapeutique : 20% des actes d'anesthésie sont réalisés hors bloc opératoire.

Objectif : -L'objectif de notre étude est de :mettre au clair l'importance et la fréquence de la pratique de l'AHBO, de définir ses particularités, ainsi qu'une évaluation du rapport : bénéfice/ risque afin d'en diminuer la morbidité et la mortalité.

Méthode : -Nous rapportons dans cette étude l'expérience du service de la réanimation mère enfant sur les gestes d'AHBO.C'est une étude prospective observationnelle, s'étalant sur une période de 2mois : du 1/09/17 au 31/10/17, portant sur 251 actes réalisés pour des gestes d'endoscopie digestives et bronchiques, des cures en dermatologie et radiothérapie, et d'imagerie médicale (TDM et IRM).

Résultat : -Sur les 251 gestes effectués : 91 ont été réalisés pour des TDM, 66 pour IRM, 7 pour des artériographies et 50 pour des endoscopies digestives, 14 pour des bronchoscopies, 6 pour des cures de radiothérapie, 17 pour des cures de laser en Dermatologie. - Les techniques d'anesthésie font appel à une induction par voie intraveineuse dans 70% des cas utilisant : des hypnotiques (Propofol, midazolam, Kétamine), des morphiniques (Rémi fentanyl, Fentanyl), une induction inhalatoire dans 30% des cas (Sévoflurane, Halothane) et des curares pour 7 cas de bronchoscopie (Rocuronium). - Cette anesthésie a été marquée par la survenue d'accidents par ordre de fréquence : cardiaques dans 15% des cas (tachycardie, hypotension et des troubles de rythme), et puis respiratoires dans 10% des cas. - Les accidents les plus graves étaient admis en réa et sont représentés par 8 cas, dont 3 ont nécessité une intubation (bronchoscopie), un

cas d'arrêt cardio-respiratoire récupéré, 2 cas d'hypoxie sévère associée à une bradycardie et ayant nécessité la ventilation au masque (radiothérapie), et 2 cas de bronchospasme ayant nécessité l'approfondissement de l'anesthésie (Absence d'AIVOC!).

Conclusion : -L'AHBO doit obéir aux mêmes règles de sécurité qu'au niveau du bloc opératoire et cela en termes : d'équipement, monitoring (Intégrer le capnographe au monitoring respiratoire chaque fois qu'une sédation profonde et lorsque le contrôle continu des VAS est difficile), technique anesthésique (AIVOC) et gestion du réveil post procédure qui doit obéir aux mêmes exigences que la SSPI surtout pour les sédations prolongées.

P 184 : EVALUATION DE LA CONFORMITE DES CONNAISSANCES DES TECHNICIENS D'ANESTHESIE ET DE REANIMATION AUX RECOMMANDATIONS DE LA SFAR 2017 SUR L'ANESTHESIE DU DIABETIQUE

Auteurs : A.Harzali, E.BenAmara, R.Missaoui, M.Ajmi, M.Soussi, M.Kahloul, W.Naija

Service : Service d'anesthésie et réanimation Sahloul

Introduction : Le diabète est un problème de santé majeur dont l'incidence augmente régulièrement. Son risque opératoire est lié aux complications dégénératives. D'où la nécessité d'une prise en charge spécifique selon des recommandations bien codifiées telles que le guide de la SFAR.

Objectif : Evaluer la conformité des connaissances des techniciens supérieurs d'anesthésie et réanimation (TSAR), aux recommandations de la SFAR 2017, en matière de prise en charge péri-opératoire du patient diabétique.

Méthode : C'est une étude transversale descriptive et multicentrique dont la collecte de données s'est basée sur un questionnaire préétabli, anonyme et auto administré pour 101 TSAR distribué au sein des CHU de sahel. Il comportait des variables réparties en deux parties : la première a porté sur les caractéristiques socioprofessionnelles des participants: genre, âge, et ancienneté professionnelle et la deuxième partie a comporté 22 questions, à choix simples ou multiples, explorant les connaissances des TSAR en matière de prise en charge péri opératoire du malade diabétique. Les données ont été saisies et analysées par le logiciel SPSS dans sa version 20.0.

Résultat : 90% des participants étaient des femmes, 88,2% avaient un âge supérieur à 30 ans. 2/3 des répondants avaient une ancienneté supérieure à 10 ans. 40,6% des participants savaient en quoi consiste le bilan minimum pour évaluer les complications du diabète. 20,8% savaient les signes d'une gastroparésie. Seulement 17% savaient les conditions de prescription de l'hémoglobine glyquée en pré anesthésie. 62% des audités savaient sa valeur cible. 74% indiquaient qu'un avis endocrinologie est à considérer selon l'état du patient. Plus que la moitié 52,5% des TSAR connaissaient l'objectif glycémique préopératoire chez un diabétique. Plus que de la moitié TSAR (55%) pensaient que les troubles neurologiques liés à des complications dégénératives du diabète ne représentent pas une contre-indication à l'ALR. Conformément aux recommandations, 59,4% des interrogés pensaient qu'il ne faut pas arrêter l'insuline le matin d'une intervention programmée chez le patient diabétique de type 1. Plus de 2/3 (71%) des TSAR ne pensaient pas que le diabète représente une contre-indication à la pratique d'une chirurgie ambulatoire. 27,7% des participants ont répondu que les antidiabétiques oraux doivent être arrêtés la veille au soir et matin de l'intervention. Parmi les TSAR interrogés 34,7% ont répondu que le rythme de contrôle de la glycémie capillaire en per opératoire doit être appliqué chaque 2 heures chez un diabétique stable. 64,4% des audités possédaient un protocole écrit pour la surveillance de la glycémie et pour la correction des hypo/hyperglycémies pour les diabétiques la veille d'une chirurgie programmée. Seulement 1/3 ont pu répondre correctement à la moitié du questionnaire.

Conclusion : L'ensemble des résultats de cette étude permet de confirmer que la prise en charge de patient diabétique en péri opératoire n'est pas optimale et que les TSAR nécessitent plus de formation en ce qui concerne la recommandation de SFAR 2017.

P 185 : NON INFERIORITE DE L'ETOMIDATE PAR RAPPORT A LA KETAMINE DANS LA SEDATION PROCEDURALE AUX URGENCES

Auteurs : KILANI M, ZAOUKHE K, BOUBAKER R, GHARBI Y, NESIB D, YAHYA Y, BACCOUCHE R, MEHRI S, MAGHRAOUI H MAJED K.

Service : Service des urgences La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : La kétamine est une molécule de choix dans la sédation procédurale qui possède cependant des contre-indications relatives non maîtrisables en situation d'urgence. Bien que n'ayant pas d'effet analgésique, l'étomidate, peut être une bonne alternative de par sa sécurité hémodynamique et sa disponibilité

Objectif : L'objectif de notre travail était d'évaluer l'efficacité de ces deux molécules dans la sédation procédurale aux urgences

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective interventionnelle menée au service des urgences du CHU la Rabta sur 6 mois. Nous avons inclus tout patient âgé de plus de 18 ans chez qui un acte diagnostique ou thérapeutique jugé douloureux a été prescrit. Nous avons randomisé les patients à recevoir soit de l'étomidate à la dose de 0.1 mg/kg pour le groupe A, soit 30mg de kétamine associée à 2mg de midazolam pour le groupe B. Le critère de jugement principal était l'obtention d'une sédation dans un délai inférieur à 5 minutes.

Résultat : Nous avons colligé 43 patients, 20 dans le groupe A et 23 dans le groupe B. Il n'y avait de différence portant sur le genre ou sur l'âge entre les deux groupes. La procédure a été considérée comme un succès chez 33 patients, dont 19 appartenaient au groupe B et 14 au groupe A (p=0.3) La sédation a été atteinte au bout de 40 ± 23 sec dans le groupe A vs 84 ± 50 sec dans le groupe B. Chez 6 patients du groupe B et 5 du groupe A (p=0.4) un recours à la morphine durant l'acte a été nécessaire avec une dose moyenne de 5.29 mg dans le groupe A vs 5.66 mg dans le groupe B. Un rêve agréable a été rapporté chez 2 patients du groupe A et 9 patients du groupe B et un seul patient a rapporté un rêve désagréable dans le groupe B (p= 0.04). Plus d'effet indésirable à type de réveil agité et nausée ont

été rapportés dans le groupe B sans différences significatives. Enfin 8 patients du groupe A versus 2 du groupe B ont gardé un souvenir complet de l'acte ($p=0.032$)

Conclusion : L'étomidate semble non inférieur à la kétamine dans la sédation procédurale aux urgences. Cependant un nombre plus significatif de patients ont gardé un souvenir complet de l'acte nécessitant une évaluation à long terme d'une possible répercussion de ce souvenir.

P 186 : SEDATION PROCEDURALE CHEZ LES TOXICOMANES : RESULTATS D'UNE ETUDE PRELIMINAIRE

Auteurs : Kilani M, Zaouche K, Baccouche R, M'ghirbi A, Gharbi Y, Yahya Y, Mehri S, Maghroui H, Majed K

Service : Service des urgences La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : Il s'agissait d'une étude prospective cas-témoin menée au service des urgences du CHU la Rabat sur 4 mois. Nous avons inclus dans un premier groupe (T+) tout patient ayant déclaré une toxicomanie chez qui une sédation procédurale a été indiquée. Puis pour sélectionner les patients du groupe (T-) n'ayant pas d'antécédents de toxicomanie, nous avons procédé par un appariement selon l'âge et le genre.

Objectif : Les critères de jugement étaient le temps de la sédation considérée comme un succès si inférieur à 5 minutes et la nécessité de recours à la morphine pendant l'acte

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective cas-témoin menée au service des urgences du CHU la Rabat sur 4 mois. Nous avons inclus dans un premier groupe (T+) tout patient ayant déclaré une toxicomanie chez qui une sédation procédurale a été indiquée. Puis pour sélectionner les patients du groupe (T-) n'ayant pas d'antécédents de toxicomanie, nous avons procédé par un appariement selon l'âge et le genre. Les critères de jugement étaient le temps de la sédation considérée comme un succès si inférieur à 5 minutes et la nécessité de recours à la morphine pendant l'acte

Résultat : Les résultats préliminaires nous ont permis d'inclure 8 patients dans chaque groupe. Tous étaient des hommes avec une moyenne d'âge de 28 ± 10 ans. La procédure a été considérée comme un succès chez 6 patients appartenant au groupe T+ et 5 patients au groupe T- ($p=0,5$) avec un délai de 75 ± 43 sec dans le groupe T+ et 62 ± 31 sec dans le groupe B ($p=0,5$) parmi ces patients, Un recours à la morphine a été nécessaire chez 3 patients du groupe T+ et 1 du groupe T- ($p=0.2$) avec une dose moyenne de 5 ± 2 mg dans le groupe A vs 6 mg dans le groupe B. Le temps de récupération était de $6\text{min}47\text{sec} \pm 3\text{min}$ dans le groupe T+ vs $8\text{min}57\text{sec} \pm 1\text{min}28\text{sec}$ dans le groupe T- ($p=0.4$). Enfin, tous les patients du groupe T+ n'ont gardé aucun souvenir vs 3 seulement dans le groupe T- ($p=0.05$).

Conclusion : La sédation procédurale semble avoir autant de chances de succès chez les toxicomanes que le reste de la population. Cependant, chez ces derniers, le délai de son obtention est plus long, avec plus de recours à la morphine. Aucun ne semble garder de souvenir de l'acte.

P 187 : LA PATIENTE INTUBEE AUX VOIES AERIENNES OBSTRUEES !

Auteurs : T. Kharraz*, G. Trabelsi, M. Modhaffer, Y. Yahia, N. Zaouak, K. Zaouche, H. Maghraoui, K. Majed

Service : Service des Urgences, Hopital La Rabta

Introduction : Le transport intra-hospitalier d'un malade ventilé mécaniquement est en soi une procédure à risque de complications. Ce risque peut être accru par des facteurs intercurrents parfois insoupçonnés.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 65 ans, épileptique connue en arrêt de traitement, amenée aux urgences par le SAMU suite à la survenue de crises convulsives tonico-cloniques généralisées ayant récidivé sans reprise d'un état de conscience normal. A l'examen initial, elle était intubée pour détresse neurologique (Score de glasgow initial à 6/15 avec GAD=2,37 g/L) et ventilée par un respirateur de transport, par ailleurs, stable sur le plan hémodynamique, et séditée. Le diagnostic retenu était alors un état de mal convulsif. Au retour de la salle de radiologie où elle a été systématiquement transportée pour une radiographie du thorax, la patiente a commencé à désaturer, avec SpO₂ à 75% sous FiO₂ amenée à 100%, et silence auscultatoire. La recherche étiologique initiale menée rapidement n'a pas permis de rattacher cette désaturation à une cause précise, d'où la décision de ramener la patiente en radiologie à la recherche de signes en faveur d'un pneumothorax bilatéral. L'aspect du parenchyme pulmonaire était normal, mais la sonde d'intubation était déviée et l'on pouvait deviner l'image d'une prothèse dentaire ayant migré dans l'hypopharynx (Figures 1 et 2). L'équipe soignante a donc repris l'examen au laryngoscope qui a mis en évidence un dentier comprimant la sonde d'intubation, l'a enlevé et a procédé à la réintubation de la patiente. Celle-ci s'est déroulée sans incidents et tout est rentré dans l'ordre pour la patiente, qui a par la suite été transférée en réanimation où elle a été extubée puis mise sortante quelques jours plus tard.

Conclusion : Devant une détresse respiratoire, le médecin prenant en charge un malade sous ventilation invasive ne doit pas omettre de rechercher d'une compression de la sonde d'intubation par un corps étranger, en particulier, un dentier auquel l'intubateur n'aurait pas prêté attention.



Figure 1 : Radiographie du thorax montrant la déviation de la sonde d'intubation



Figure 2 : La prothèse dentaire comprimant la sonde d'intubation

P 188 : EVALUATION DE LA PRATIQUE ÉCHOGRAPHIQUE EN MÉDECINE D'URGENCE

Auteurs : bouidir Y, makoudi M, amarir H, elhamzaoui H, aboulhassan T

Service : service d'accueil des urgences vitales, CHU mohamed VI Resumé :

Introduction : Compte tenu de la nouveauté d'emploi des ultrasons en médecine d'urgence, l'échographie cardiaque, pulmonaire, vasculaire et abdominale est devenue pour les réanimateurs un outil irremplaçable dans la prise en charge des patients gravement malades comme complément de l'examen clinique et comme sécurisation des actes invasifs.

Objectif : Cette étude a pour objectif principal d'évaluer la pratique échographique des médecins résidents sur les compétences en échographie clinique en médecine d'urgence, en faisant une étude de corrélation entre les résultats échographiques des résidents versus spécialistes (radiologues, cardiologues).

Méthode : C'est une étude prospective, non randomisée, comparative menée en 2018. Nous avons étudiés toutes les échographies réalisées par les résidents ayant une double évaluation avec les spécialistes d'organe dans les domaines de l'échographie abdominale, cardiaque, pleuro-pulmonaire et de compression veineuse. Nous avons soumis les résultats à une analyse comparative avec étude de la concordance.

Résultat : Sur 60 échographies réalisées, 40 ont été soumises à une double comparaison avec l'examen d'un spécialiste d'organe dont 15 échographies abdominales, 5 échographies pleuro-pulmonaires, 15 échographies cardiaques, 5 échographies de compression veineuse. Au total, dans les 4 domaines de compétences, on retrouve une sensibilité de 92%, une spécificité de 96%, une valeur prédictive positive de 80%, et une valeur prédictive négative de 98% ($K=0,82$).

Conclusion : L'échographie est un nouvel outil diagnostique pour les réanimateurs, qu'il devra utiliser selon ses compétences et s'ajouter en complément de l'examen clinique. Malgré le manque de formation, les résultats sont encourageants et comparables à la littérature et devront être confirmés sur une étude de plus grande ampleur.

P 189 : ÉCHOCARDIOGRAPHIE EN RÉANIMATION : INTÉRÊT DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE. ETUDE OBSERVATIONNELLE.

Auteurs : S.Kharrat*, W.Lazreg, M.Lahmar, I.Maatouk, F.Omri, Z.Hammouda, S.BenAbdallah, I.Ouanes, F.Dachraoui, F.Abroug, L.Ouanes-Besbes

Service : Service de Réanimation Polyvalente. CHU F.Bourguiba Monastir.

Introduction : L'échographie cardiaque est une technique d'imagerie de plus en plus utilisée en réanimation dans l'évaluation des patients en état critique. Cependant, elle n'est pas toujours disponible et les réanimateurs n'ont pas toujours les habiletés nécessaires à sa réalisation en toute circonstance.

Objectif : L'objectif de notre étude est d'évaluer l'apport de l'échographie cardiaque dans le diagnostic et son impact sur l'attitude thérapeutique chez les patients de réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de Réanimation Polyvalente de Monastir. Entre janvier 2019 et septembre 2019, 61 examens échocardiographiques ont été réalisés chez autant de patients pour différentes indications. Nous avons étudié pour chaque patient le contexte clinique, la sévérité de son état, les modalités de prise en charge, les résultats de l'échographie cardiaque et leur impact diagnostique et thérapeutique.

Résultat : La médiane d'âge des patients était de 59 [IQR : 10 – 92], 72% des patients étaient admis pour insuffisance respiratoire aigüe, le restant étant admis pour des motifs autres comme un état de choc, détresse neurologique... La moyenne du score Apache II était de 18 ± 8 . Trente-trois pour cent des malades étaient sous ventilation non invasive et 59 % étaient ventilés mécaniquement.

L'échographie cardiaque a changé ou permis de mieux préciser le diagnostic préalable, dans 49 % des cas ; les $\frac{3}{4}$ de ces situations ont été enregistrées chez des patients admis pour détresse respiratoire. Une modification de la prise en charge suite à la pratique d'une échographie cardiaque a été notée dans 40 % des cas. Par ailleurs, l'échographie a permis d'évaluer la fonction diaphragmatique chez 11% des patients, et de détecter un épanchement pleural chaque fois qu'il était présent.

Conclusion : Notre étude confirme l'importance de l'examen échocardiographique en réanimation notamment chez les patients admis pour insuffisance respiratoire aigüe. Ainsi toute unité de réanimation devrait disposer d'un appareil d'échographie, et les réanimateurs devraient tous avoir la formation nécessaire.

P 190 : FACTEURS PRÉDICTIONNELS PRÉCOCES D'INSUFFISANCE RÉNALE AIGÛE CHEZ LES BRÛLÉS GRAVES

Auteurs : Makoudi M, Bouidir Y, Mourouth H, Douirek F, Zarrouki Y, Samkaoui MA

Service : CHU Mohamed 6 Marrakech, Réanimation chirurgicale

Introduction : La prise en charge précoce et adaptée d'un brûlé grave est un élément déterminant du pronostic. Le brûlé grave est un hypovolémique, un hypoxémique, un hypothermique et un hyperalgique. À la phase initiale, les défaillances rencontrées sont essentiellement d'ordre hémodynamique et respiratoire plaçant ainsi la réanimation hydro-électrolytique et respiratoire au centre de la prise en charge.

Objectif : Déterminer les facteurs prédictifs d'insuffisance rénale aigüe (IRA) chez les brûlés graves sous ventilation mécanique.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective sur trois ans portant sur l'analyse des dossiers des patients brûlés graves hospitalisés à la réanimation chirurgicale du CHU Med 6, Marrakech. La classification KDIGO 2012 de l'IRA a été utilisée. Tous les patients âgés de plus de 18 ans ; admis directement ou dans les 12 heures qui suivent la brûlure, hospitalisés en réanimation et présentant des critères d'intubation avec mise sous ventilation mécanique ont été inclus.

Résultat : Sur notre période d'étude, quarante-six patients ont été inclus avec une prévalence de l'IRA à 43% en utilisant KDIGO. En tenant compte du recours à l'épuration extra rénale, la gravité initiale du brûlé (p inférieure 0,001), la créatininémie à H0 (p inférieure à 0,001) et l'inhalation de fumées d'incendie (p=0,017) semblent prédire la survenue de l'IRA avec instauration d'une épuration extra rénale chez le brûlé grave. L'analyse de la corrélation entre la gravité initiale du brûlé et la survenue d'IRA selon cette classification donne une valeur de p=0,11.

Conclusion : Aucun facteur prédictif précoce d'insuffisance rénale aiguë précoce chez le brûlé grave n'a été retrouvé dans notre étude.

P 191 : ENQUÊTE SUR LA PRATIQUE DE L'HYGIÈNE DES MAINS ET D'ISOLEMENT EN RÉANIMATION

Auteurs : Rim Chelbi , Oussama Jaoued , Sabrina Chaouech, Wael Chemli , Rim Gharbi, Mohamed Fekih Hassen, Habiba Ben Sik Ali, Souheil El Atrous

Service : Service de réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia

Introduction : La lutte contre la diffusion des germes multi-résistants est primordiale. Plusieurs précautions standards et complémentaires sont recommandées par les sociétés savantes pour prévenir la transmission croisée des infections BMR

Objectif : Evaluer la pratique de l'hygiène des mains et d'isolement dans les trois services de réanimations de hôpital Taher Sfar de Mahdia

Méthode : C'est une enquête réalisée au mois d'août 2019 incluant tous les personnels médicaux et paramédicaux des services de réanimation médicale, chirurgicale et de néonatalogie de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia. Les personnels des autres services sont exclus . Les paramètres recueillis sont les caractéristiques démographiques et l'ancienneté des participants et la pratique d'hygiène des mains et d'isolement des patients en réanimation

Résultat : Soixante-dix personnes soit 40 infirmiers et 30 médecins dont 71.4% sont âgés de moins de 30 ans et à prédominance féminine ont participé à l'enquête soit un taux de participation à 45%. La majorité des participants ont une expérience professionnelle inférieure à 5 ans. Trente participants (43%) jugent qu'il faut isoler les patients définis par le CLIAS ou par le service. L'isolement est pratiqué par des précautions standards pour les patients non porteurs de BMR et par les précautions de contact pour les patients porteurs de BMR dans 55.7% des cas. L'isolement géographique est pratiqué dans 78.6% des cas. Les produits hydro-alcooliques, l'accessibilité à l'eau dans la chambre et l'existence d'une pièce dédiée à la désinfection du matériel sont présents respectivement dans 58.6%, 77.1% et 37.1% des cas. Une utilisation adéquate de la solution hydro-alcoolique est observée chez 65% des participants, seulement 61% respectent la méthode de friction et 10% jugent son utilisation inutile. Le port des gants en cas de patient porteur de BMR est systématique à l'entrée dans la chambre dans 35% des cas. La protection vestimentaire, oculaire et respiratoire sont appliquées toujours dans 35.7% , 8.6% et 37.1% des cas respectivement. Il existe une différence statistiquement significative entre les médecins et les infirmiers concernant la vraie indication de l'isolement géographique (63.5% vs 90% ; p=0.007). Par contre, 83.5% des médecins contre 47.5% des infirmiers utilisent correctement les solutions hydro-alcooliques. Concernant l'utilisation de protection vestimentaire, oculaire et respiratoire, elles sont utilisées de façon similaire. Une protection vestimentaire pour les proches d'un patient porteur de BMR est jugée obligatoire par 98% des médecins contre 77.5% des infirmiers (p=0.023). Les formations internes et externes sont demandées par 90% des médecins contre 65% des infirmiers (p=0.016).

Conclusion : Plusieurs insuffisances en matière d'isolement et hygiène des mains sont démontrées par cette enquête. Le CLIAS de l'hôpital doit fournir un effort plus important pour combler ces insuffisances.

P 192 : IS PERCUTANEOUS DILATIONAL TRACHEOSTOMY WITHOUT BRONCHOSCOPIC GUIDANCE A SAFE PROCEDURE?

Auteurs : D.Drira*, B.Trabelsi, S.Ben Ahmed, H.Bel Hadj Kacem, M.Ben Ali

Service : Hôpital Universitaire Mohamed Taher Maamouri, Service d'Anesthésie-Réanimation

Introduction : Percutaneous dilational tracheostomy (PDT) has become widely performed as an alternative to open surgical tracheotomy for intensive care unit (ICU) patients requiring prolonged ventilation. Bronchoscopic guidance is considered a gold standard because it allows direct visualization of the airway.

Objectif : The aim of this study was to evaluate the safety of PDT performed without the use of the bronchoscope.

Méthode : A single-center, prospective observational study was conducted from July 2018 to February 2019 in a multi-disciplinary ICU after obtaining the approval from the local ethics committee. The study included patients scheduled to undergo PDT. The PDTs were performed using Ciaglia technique, in sedated and curarized patients. Data collected included age, BMI, procedure duration (time between the cutaneous puncture and the confirmation of tracheal placement by the capnography), number of punctures, the difficulties encountered during the procedure and the intraoperative and postoperative complications. All PDTs were performed by residents and supervised by a senior doctor.

Résultat : During the study period, 20 patients underwent PDT. The mean age was 48.5±18.3, and the mean BMI was 25.3±3.2. The mean preoperative mechanical ventilation time was 9.3±4.6 days. The main indication for tracheotomy was prolonged mechanical

ventilation in 11 patients admitted for severe traumatic brain injury (55%). The mean number of punctures was 1.3 ± 0.5 , and the procedure duration was 408 ± 130 seconds. The investigators encountered difficulty in puncturing the trachea in one patient and used ultrasound guidance to locate the trachea. No major complications occurred. The complications observed were an intubation tube cuff rupture in four patients (20%) and a minor intraoperative bleeding in one patient. No late complications were recorded.

Conclusion : PDT performed without bronchoscopic guidance appears to be safe. Further randomized studies are required to compare PDTs with and without bronchoscopic control.

P 193 : EVALUATION DES PRATIQUES D'HYGIENES ET DE LA PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS LES BLOCS OPERATOIRES DE CHU FATTOUMA BOURGUIBA MONASTIR

Auteurs : Chakroun.S, Ben Othmen.MA*, Zaag.H, Khemili.M, Tababi.T, Gafsi B, Mili. E, Ben Salem.F, Gabbiche.M

Service : *Service d'anesthésie réanimation FB Monastir*

Introduction : l'incidence des infections nosocomiales liée à l'anesthésie est en augmentation continue et leur prévention a une grande importance pour la santé publique.

Objectif : Évaluer les pratiques d'hygiène aux blocs opératoires dans un hôpital universitaire tunisien.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive transversale prospective portant sur l'évaluation des pratiques d'hygiène en anesthésie exposant au risque de transmission des infections nosocomiales. Un questionnaire auto administré à tout plateau technique d'anesthésie manipulant le patient au bloc opératoire. Cette étude a été conduite entre janvier 2018 et décembre 2018 dans les blocs opératoires de CHU Monastir.

Résultat : Au total, l'enquête a concerné 40 techniciens et 42 médecins d'anesthésie (résidents et seniors) . Malgré le taux de formation élevé du personnel dans notre étude comparativement à d'autres études, nous décelons des problèmes comportementaux concernant toutes les mesures d'hygiène en anesthésie ce qui favorise le risque de la transmission des infections nosocomiales.

Conclusion : Cette étude a permis d'obtenir une photographie des pratiques d'hygiène en anesthésie à l'hôpital Fattouma Bourguiba Monastir. L'infection nosocomiale liée à l'anesthésie constitue un risque majeur qui nécessite une politique concentrée de prévention. Cette politique consiste à l'adoption des pratiques ayant prouvé leur efficacité pour la réduction des infections nosocomiales et de s'assurer de la bonne application de ses pratiques.

	Toujours	Fréquemment	Rarement	Jamais
Mise d'un masque à l'entrée en salle d'intervention	55 (67,6%)	20 (25%)	6 (7%)	1 (0,4%)
Coiffe portée à l'entrée au BO :	58 (71%)	18 (23%)	4 (4,5%)	2 (1,5%)
Chaussure spécifiques portée l'entrée du BO	42 (52%)	28 (35%)	9 (11%)	3 (2%)
Protection de la tenue spécifique au BO par blouse en sortant du BO	27 (33%)	24 (30%)	18 (22%)	13 (15%)
Lavage des mains avant d'examiner chaque patient	47 (58%)	22 (27%)	11 (14%)	(1%)
hygiène des mains avant la mise d'une VVP	14 (17%)	43 (53%)	22 (26%)	3 (4%)
gants propres lors de la mise d'une VVP	8 (9%)	14 (17%)	51 (62%)	9 (12%)
gants propre lors de l'intubation	11 (14%)	25 (31%)	43 (52%)	3 (3%)

P 194 : CLINICAL IMPACT OF ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS HOSPITALIZED FOR DIABETIC KETOACIDOSIS AT EMERGENCY DEPARTMENT

Auteurs : N. Zaouak*, Y. Yahia, K. Zaouche, A. Mghirbi, R. Boubaker, H. Maghraoui, K. Majed

Service : *La Rabta Teaching Hospital, Emergency Department*

Introduction : Atrial fibrillation (AF) is the most common type of heart arrhythmia. Many studies had shown that AF led to an increasing in-hospital complications.

Objectif : The main objective was to determinate the impact of AF in patients with diabetic ketoacidosis.

Méthode : This is retrospective observational study performed in all patients aged more than 18 years old and hospitalized for diabetic ketoacidosis at Emergency Department (ED) on a period of six months. Data of all patients were collected. For the statistical analysis, we compared 2 groups of patients based on the AF presence or not at initial electrocardiogram. The main endpoints were inhospital mortality and need of critical care defined by use of vasoactive drugs or mechanical ventilation. Secondary endpoint was length of stay.

Résultat : The study included 56 adult patients admitted for diabetic ketoacidosis. The mean age was 55 ± 20 years with a sex ratio of 1,2. 86% had not AF and 14% had AF at initial electrocardiogram. The rate of mortality in the AF group was 28,6%. 20% of them required the use of mechanical ventilation and 40% of vasoactive drugs. In the no AF group, the inhospital mortality was 8,9%. 10,3%

of them needed vasoactive drugs and 11% mechanical ventilation. Duration of stay was higher in AF group: 47±32h versus 36±42h (p<0,05). There was no significant correlation between mortality, need of drugs and mechanical ventilation (p=0,56 ; p=0,34 ; p=0,13).

Conclusion : Our results showed that AF was not correlated with inhospital mortality and need of critical care in patients admitted at ED for diabetic ketoacidosis. Therefore, AF led to a significantly increasing length of stay.

P 195 : ETUDE COMPARATIVE DE DEUX TECHNIQUES DE FIXATION DE LA SONDE D'INTUBATION ENDOTRACHEALE EN MILIEU DE REANIMATION CHIRURGICALE

Auteurs : Chakroun.S, Ben Othmen.MA*, Baccar.M, Boubaker.AL, Aguir.S, SAYEB.N, Gafsi B, Mili. E, Ben Salem.F, Gahbiche.M

Service : Service d'anesthésie réanimation FB Monastir

Introduction : En milieu de réanimation, Le recours à l'intubation trachéale s'avère souvent nécessaire pour palier des défaillances des fonctions vitales. Ce pour cela, le maintien de la sonde d'intubation en place garde une importance majeure pour éviter des multiples complications.

Objectif : Dans cette étude randomisée prospective, nous avons comparé deux techniques de fixation de la sonde d'intubation chez les patients hospitalisés dans le service de réanimation chirurgicale au CHU Fattouma Bourguiba Monastir, en termes d'accident d'extubation accidentelle mais aussi en termes de lésions labiales causées par la fixation.

Méthode : Dans notre service , nous utilisons pour la fixation de la sonde d'intubation deux techniques, soit la fixation par une Lacette de fixation soit par le kit de fixation THOMAS©. Les critères d'inclusion étaient : un âge supérieur à 18 ans, le besoin d'une ventilation mécanique de plus de 48 heures et l'absence d'un traumatisme maxillo-facial.

Résultat : Sur une période de 1 an, 57 patients ont été colligés et randomisés en deux groupe : groupe A (fixation par une Lacette) de 29 patients et groupe B (fixation par le kit de fixation THOMAS©) de 28 patients. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en termes de sexe, âge moyen, score ASA, durée de la ventilation mécanique, durée de sédation, score de Glasgow à l'admission. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en terme d'extubation accidentelle (p>00,5) et en termes de lésion labiales (p>00,5) entre les deux groupes .

Conclusion : dans cette étude prospective randomisée , nous avons comparé deux techniques de fixation de la sonde d'intubation endotracheale en milieu de réanimation chirurgicale sans trouver de différence significative entre les deux groupes en termes d'extubation accidentelle et de lésions labiales liées à la fixation .

	Extubation accidentelle	Lesions labiales	p
Groupe A	6 (20,6 %)	9/29 (31%)	0,146
GROUPE B	2/28 (7,14 %)	3/28 (10,7 %)	0,062



Lacette de fixation de la SET



le kit de fixation THOMAS©

P 196 : COMPARAISON DES DEUX TECHNIQUES DE TRACHEOTOMIE PERCUTANEE ECHOGUIDEE “DANS LE PLAN” VERSUS “HORS PLAN”

Auteurs : Mehdi HAMD, Moez ELHAMD, Mehdi BOUSSOFARA

Service : Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben arous, TUNISIE.

Introduction : L'objectif de notre étude a été de comparer les deux techniques de guidage échographique de la trachéotomie percutanée (TPC): “dans le plan” versus “hors plan” en termes de faisabilité et de sécurité.

Méthode : étude prospective randomisée, réalisée au service d'Anesthésie-Réanimation au CTGB entre juillet 2015 au décembre 2017. Le consentement éclairés des parents des patients et l'accord du comité éthique de l'hôpital on été retenus. Les patients qui avaient des troubles sévères de l'hémostase ou un Antécédent de trachéotomie n'ont pas été inclus. Les patients inclusont été randomisés en deux

groupes égaux de 42 patient chacun : -Groupe IP : TPC réalisée sous guidage échographique en temps réel selon la technique« Dans le plan » -Groupe OP : TPC réalisée sous échographie selon la technique« Hors plan ». Une sonde échographique à tête plate de Type « Sonosite® » L38X et de fréquence de 5-10 HZ a été utilisée. L'analyse statistique a été faite à l'aide du logiciel SPSS 25.

Résultat : On ne trouve pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes quand aux différents paramètres anthropométriques et au sex-ratio (cf tableau). Les complications mineures (ponction vasculaire, saignement <5ml, lésion mur postérieur trachée, emphysème s/c) ont été non significatives. Les complications majeures (ACR, PNO compressif, saignement>50 ml)=0.

Conclusion : les 2 techniques de TPC échoguidée sont satisfaisantes et comparables en termes de faisabilité et de sécurité.

	GIP	GOP	p
Délai moyen IOT-TPC (j)	6,4±2,2	7,2±3,1	>0,5
Durée repérage (min)	2,3±0,51	3,4±1,2	0,038
Durée procédure (min)	11,9±3,8	8,6±2,7	0,012
Nombre tentatives	49/42	53/42	>0,5

Analyse des deux groupes

P 197 : IMPACT DE L'HOSPITALISATION EN RÉANIMATION AU COURS DU MOIS DU RAMADAN SUR LA MORBI-MORTALITÉ

Auteurs : Sabrina Chaouech , Oussama Jaoued , Yosri Ben Ali, Saba Makni , Rim Gharbi , Fekih Hassen M, Habiba Ben Sik Ali , Elatrous S

Service : Service de réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia

Introduction : Le mois de Ramadan est caractérisé par un changement du comportement alimentaire et d'un rapprochement familial. Le soutien familial est à son maximum et ceci peut être à l'origine d'une consultation précoce des médecins en cas de maladie et par conséquent une diminution de la mortalité. Cependant, d'autres personnes et pour continuer à faire le Ramadan ils consultent tardivement

Objectif : Déterminer l'impact du mois du ramadan sur la mortalité des patients admis en réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 15 ans entre 2004 et 2018 incluant tous les patients hospitalisés en réanimation médicale de L'hôpital Taher Sfar de Mahdia. Sont exclus les patients âgés de moins de 18 ans et les patients en fin de vie. Les paramètres analysés sont les caractéristiques démographiques cliniques et évolutives.

Résultat : Durant la période de l'étude 4053 patients d'âge moyen 56±20 ans et le SAPSII moyen de 31±18 ont été inclus. Le motif de l'admission le plus fréquent était une insuffisance respiratoire aigüe (dans 53 % des cas). Les patient s'étaient ventilés mécaniquement dans 56.4% dont 50% une ventilation mécanique invasive(VMI). La durée médiane de la VMI était de 5[2-11]. La médiane de la durée de séjour était de 4 [2-9]. Le recours à l'épuration extra-rénale était dans 7.5% des cas. Le séjour des patients s'est compliqué d'une infection nosocomiale dans 12% des cas. Le taux d'hospitalisation au cours du mois du ramadan était de 7%. La mortalité globale était de 20%. En comparant les patients hospitalisés en mois du ramadan avec les autres patients, il n'y avait pas de différence concernant l'âge (55 ans ±20 vs 56ans ±20, p=0.7), ni le SAPS II (31±18 vs 32±18, p=0.4). Le motif d'hospitalisation pour décompensation de diabète, de déshydratation et d'état de choc hypovolémique était comparable entre les deux groupes, respectivement (6.4% vs 5.3%, p=0.4), (14% vs 11%, p=0.12 et (4.3% vs 3.4 %, p=0.4). De même, le recours à la VMI, l'épuration extra rénale, la durée de séjour et la mortalité étaient comparables dans les deux groupes. La charge de travail Ω 1 était statistiquement plus basse chez les patients hospitalisés en ramadan (4[0-6] vs 6[1-21], p=0.01).

Conclusion : Dans notre étude il paraît que la morbi-mortalité des patients hospitalisés en réanimation n'est pas affectée par le mois de Ramadan. la gravité des patients est identiques entre les deux périodes. Cependant, la charge de travail était plus basse en Ramadan.

P 198 : LES IMPACTS DU RAMADAN SUR LE PROFIL DES ADMISSIONS EN RÉANIMATION ET LEUR PRONOSTIC

Auteurs : Ben Saida Imen, Kallel Hela, Chaouch Sabrina, Toumi Radhouane, Zarrougui Wafa , Boussarsar Mohamed

Service : CHU FARHAT HACHED Sousse

Introduction : Le jeûne du Ramadan est une obligation religieuse pour les musulmans. Plusieurs personnes parmi les exemptés, refusent et choisissent le jeûne. Cela peut mettre en jeu la vie de certains entraînant par la suite leurs hospitalisations en soin intensif.

Objectif : Étudier l'impact du changement de mode de vie pendant le mois du Ramadan sur les motifs(Types) d'admission ainsi que le pronostic

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans une unité de soins intensifs de l'hôpital universitaire Farhat Hached. Tous les patients qui sont admis en USI pendant les périodes de Ramadan, Chaaban et Shawal durant 10 ans ont été inclus. Selon la date d'admission par rapport au mois de Ramadan les patients ont été divisés en trois groupes. Les caractéristiques démographiques, cliniques et les résultats ont été comparés entre les trois groupes.

Résultat : Au cours de la période d'étude, 748 patients ont été inclus (G1 = 257 ; G2 = 230 et G3 = 261). Les patients qui ont une insuffisance rénale chronique (IRC) comme antécédent et les patients qui sont admis pour état de choc hypovolémique ont été admis plus fréquemment pendant Ramadan et / ou Shawal vs Chaaban, respectivement (8 (3,5%), 19 (7,3%), 6 (2,3%); p = 0,016) et (14 (6,1%), 13 (5%), 4 (1,6%); p = 0,031). De plus, les patients étaient plus susceptibles d'avoir un rapport sodium / potassium urinaire inversé pendant Ramadan et / ou Shawal vs Chaaban respectivement (94 (48,7%), 77 (36,8%), 58 (28,3%), p = 0,000). Il n'y avait pas de différence significative concernant la durée du séjour et la mortalité.

Conclusion : Bien qu'il n'y ait pas eu de différence de pronostic chez les patients admis en réanimation avant ou après le ramadan. Il y avait une augmentation significative du nombre de patients présentant des antécédents d'IRC, un choc hypovolémique comme motif d'admission et un ratio sodium / potassium urinaire inversé.

P 199 : ETUDE DE LA MORTALITÉ EN RÉANIMATION MÉDICALE DU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH

Auteurs : Y. Boudir, N. Tajellijiti, F. Moussaid, M. Makoudi, A. Hachimi

Service : réanimation médicale/ CHU Mohamed VI Résumé :

Introduction : La mortalité est considérée comme le principal indicateur utilisé pour mesurer la performance des services de réanimation, dont l'évaluation et l'analyse sont nécessaires pour améliorer la qualité des soins.

Objectif : Le but de notre travail est d'étudier l'incidence de la mortalité et ses facteurs prédictifs.

Méthode : C'est une étude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU Mohamed VI de Marrakech, sur une période de 2 ans allant du 1^{er} Janvier 2016 au 31 Décembre 2017, incluant tous les patients âgés de 15 ans ou plus. Différents paramètres ont été recueillis et comparés entre le groupe des survivants et celui des décédés.

Résultat : Nous avons étudié 507 patients. Le taux de mortalité était de 46,55%. L'âge moyen des décès était de 49,47 ans avec un sex ratio H/F de 1,03. La pathologie neurologique a constitué le principal motif d'admission (36%) ; 63,5% étaient admis au-delà de 48 heures. 79,66% avaient un ou plusieurs antécédents pathologiques. A l'admission: le score de Glasgow moyen était de 11,55±3,36; l'APACHE II moyen de 16.86 ± 6.46; l'IGSII moyen de 40,16±13.33; le SOFA moyen de 6.38±3.18. Le sondage urinaire (100 %), le sondage gastrique (69,9%), la voie veineuse centrale (65,3%) et la ventilation mécanique (64,8 %), étaient les dispositifs invasifs les plus utilisés. L'antibiothérapie (86%), les anticoagulants (70,7%) et les drogues vaso actives (59,7%) étaient les principales thérapeutiques. La thrombopénie (54,2%), le SDRA (52,9%), l'insuffisance rénale aigue (42,7%), la dénutrition (29,6%) et les infections nosocomiales (25,8%) avec comme principal site les poumons, étaient les complications fréquentes. Les pathologies de décès étaient dominées par les pathologies neurologiques (25%), dont les AVC et la méningoencéphalite ; suivies de près par les pathologies respiratoires (22,9%) dont le SDRA et l'embolie pulmonaire grave et les pathologies infectieuses (21,6%). La durée moyenne de séjour était de 7,97 jours. En analyse multivariée, la mortalité était influencée de façon indépendante par un délai d'admission >48 heures, l'IGS II et le SOFA élevés, l'usage des drogues type adrénaline et noradrénaline et la survenue de complications type pneumonie nosocomiale, thrombopénie, SDRA, dénutrition et hyponatrémie profonde.

Conclusion : La mortalité reste relativement élevée en réanimation, elle est liée à plusieurs paramètres qui doivent être pris en compte pour la réalisation de nouveaux travaux, d'autant plus que quand des facteurs pronostiques sont identifiés, ils permettent d'appréhender le pronostic des patients admis, dans le but de réduire la fréquence des décès en réanimation.

P 200 : USEFULNESS OF THE C REACTIVE PROTEIN IN PROGNOSIS ASSESSMENT OF PATIENTS WITH SEPSIS AND SEPTIC SHOCK AT EMERGENCY DEPARTMENT

Auteurs : N. Zaouak*, Y. Yahia, K. Zaouche, R. Boubaker, R. Baccouche, H. Maghraoui, K. Majed

Service : La Rabta Teaching Hospital Emergency Department

Introduction : Sepsis and septic shock are the most common causes of death in hospitals. Some studies have shown that changes in CRP concentrations are related to the prognosis of patients with sepsis.

Objectif : The aim of this study is to investigate the clinical significance of initial CRP in patients who suffered from sepsis and septic shock.

Méthode : This is an observational retrospective study conducted in patients with sepsis and septic shock admitted to Emergency Department between September 2018 and April 2019. All data were collected and analyzed using SPSS22 software. The patients were divided into sepsis and septic shock groups, and into survivor and non-survivor groups. The statistical analysis concerned the C reactive protein (CRP) at admission.

Résultat : 105 patients were included. Mean age was 74±15 years with a sex ratio of 1,37. The pulmonary sepsis was the most frequent localisation (60%). 9% were in septic shock. The median SOFA score was 2. The mean of CRP at admission was 163±137mg/L in septic shock versus 120±130mg/L in sepsis (p=0,00). The levels of CRP were not significantly different between non-survivor and survivor groups: 166±132mg/L versus 113±131mg/L (p=0,08).

Conclusion : CRP is an important reference biomarker in sepsis. In our study, we concluded that there was a significant correlation between initial CRP and septic shock but not with the in-hospital mortality.

P 201 : ADEQUACY AND PROGNOSIS OF ICU ADMISSION OR DENIAL IN CRITICALLY ILL ONCO-HEMATOLOGY PATIENTS

Auteurs : W.ZARROUGUI, E.ENNOURI*, T.BEN AHMED, K.MEDDEB, R.TOUMI, A.BACCARI, I.BEN SAIDA, M.BOUSSARSAR

Service : Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit

Introduction : Considerable progress in management of onco-hematology (OH) malignancies led to an increase in the number of patients proposed for Intensive Care Unit (ICU) admission. Several guidelines offer decision models for ICU transfer of these patients.

Objectif : To determine prognosis and adequacy of ICU admission and denial in onco-hematology patients.

Méthode : Were included all OH patients proposed for ICU admission in a Tunisian medical ICU, between January 2016 and July 2019. From an admission proposal registry, were collected patient underlying condition, functional status, malignancy and predicted prognosis, acute critical illness and its reversibility, adequacy of ICU admission approval or denial according to the 2016 AFSOS guidelines, and patients outcomes.

Résultat : During the study period, 173 patients were proposed for ICU admission, only 8(4.6%) were admitted. They were 96(55%) male; 44.6±15.6 mean aged; 3.6±2.3, mean Charlson Index; 49(28.3%) had World Health Organisation (WHO) score ≥ 3. Underlying Malignancy were; 23(13.3%) non metastatic cancer; 43(24.9%), metastatic cancer; 103(59.5%), haematological malignancy. Predicted prognosis was estimated at under 3 months for 68(39.3%) of patients. Acute critical illness were mainly acute circulatory failure, 66(38.2%) and acute respiratory failure, 52(30.1%) with 99(57.2%) considered reversible. Mortality was, 7(87.5%) for admitted and 83(50.3%) for denied patients. Decision of ICU admission was adequate with guidelines in 5(62.5%) and 139(84.2%) in denials.

Conclusion : Physicians' clinical judgement regarding ICU admission of OH patients seems satisfying. However, a subset of patients could benefit from ICU but are denied admission due to ICU beds unavailability and misuse.

P 202 : PROGNOSIS AND MORTALITY RISK FACTORS OF DENIED ONCO-HEMATOLOGY PATIENTS FOR ICU ADMISSION

Auteurs : W.ZARROUGUI, E.ENNOURI*, T.BEN AHMED, K.MEDDEB, R.TOUMI, A.BACCARI, I.BEN SAIDA, M.BOUSSARSAR

Service : Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit

Introduction : Since the advances in specific therapies, prognosis of patients with malignancy improved significantly last decades.

However, occurrence of life-threatening condition could be a turning points in those patients evolution, especially when ICU admission was not regularly possible.

Objectif : To determine prognosis and risk factors of mortality of denied patients for ICU admission.

Méthode : A retrospective study was conducted in a Tunisian medical ICU between January 2016 and July 2019. Were included all consecutive denied onco-hematology patients proposed for ICU admission. Patients baseline characteristics, underlying malignancy, severity of illness were collected. Univariate and multivariate regression analysis were used to identify factors independently associated to mortality.

Résultat : During the study period, 165 onco-hematology patients were proposed and denied for ICU admission. Their mean characteristics were: mean age 45.1±15.6 years old ; sex ratio 1 ; mean Charlson Index 3.6±2.4 ; median [IQR] World Health Organisation (WHO) score 2[0-2]. Underlying Malignancy were ; 21(12.5%) non metastatic cancer; 42(25.5%), metastatic cancer and 98(59.4%), haematological malignancy. Mortality rate was 83(50.3%). Using univariate analysis, factors associated with mortality were ; 3 months malignancy prognosis (p=0.000), predicted reversibility of critical illness (p=0.000), WHO score≥2(p=0.005), acute neurological impairment (p=0.006) and pulmonary embolism (p=0.008). Multivariate regression model identified 3 factors associated to mortality : reversibility of critical illness (OR, 7.4 ; 95%CI, [2.5-22.9] ; p=0.000); WHO score≥2 (OR, 0.44 ; 95%CI, [0.19-0.99] ; p=0.048) and acute neurological impairment (OR, 0.3 ; 95%CI, [0.1-0.9] ; p=0.035).

Conclusion : Predicted reversibility of critical illness, WHO score≥2 and acute neurological impairment, should be considered in the management of ICU admission, given the current insufficiency in ICU beds.

P 203 : PRONOSTIC DES PNEUMOPATHIES AIGUES COMMUNAUTAIRES (PAC) SEVERES CHEZ LE SUJET AGE

Auteurs : D.Ben Braïek* (1), J.Mahmoud (1), R.Ben Debbeis (1), M.Ben Rejeb (2), H.Hmouda (1)

Service : (1) Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse. (2) Service de Prévention et de Sécurité des Soins, CHU Sahloul, Sousse.

Introduction : La PAC représente la première cause infectieuse de mortalité dans le monde. Son incidence augmente chez les sujets âgés avec une évolution fréquemment défavorable. Connaître ses facteurs prédictifs de mortalité peut améliorer la prise en charge pour un meilleur pronostic.

Objectif : Déterminer les caractéristiques cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives ainsi que les facteurs pronostiques de la PAC chez le sujet âgé en réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale analytique rétrospective menée dans le service de réanimation médicale du CHU Sahloul entre le 1^{er} janvier 2013 et 31 décembre 2016 incluant tous les patients âgés de 65 ans ou plus admis pour prise en charge d'une pneumopathie aigue communautaire. Les données anamnestiques, cliniques, biologiques ainsi que les modalités évolutives ont été recueillies à

partir des dossiers des malades sur une fiche renseignements préétablie. Les différents paramètres étudiés ont fait l'objet d'une analyse univariée et multivariée afin d'identifier les facteurs indépendants de mortalité.

Résultat : Soixante-huit patients ont été inclus. L'âge médian était de 74 ans [70-81] avec une prédominance masculine (57,4%). Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'HTA (64,7%), le diabète (41,2%) et la BPCO (32,4%). Les médianes des scores de gravité APACHE II, SAPS II et SOFA étaient respectivement 21[14-31], 38[33-46] et 6[4-11]. Le motif principal d'admission était l'insuffisance respiratoire aiguë qui était associée à une défaillance circulatoire chez 34(50%) et à une défaillance neurologique chez 6(8,8%) patients. La PAC était responsable de décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique chez 24(35,3%) patients. A la biologie, on a trouvé une hyperlactatémie chez 21(30,8%), une procalcitonine élevée chez 43(63,2%), une hyperleucocytose chez 44(64,7%) patients. La ventilation mécanique invasive était nécessaire chez 37(54,4%) patients. On a eu recours à la sédation chez 34(50%) et aux drogues vasoactives chez 40(58,8%) patients. L'antibiothérapie était probabiliste dans la majorité des cas, les Bétalactamines ont été utilisées chez 66(97,1%), les fluoroquinolones chez 58(85,3%) et les macrolides chez 47(69,1%) patients. Les complications survenues étaient principalement : infections nosocomiales chez 32(47,1%), insuffisance rénale chez 41(60,3%), état de choc chez 25(36,8%), troubles ventilatoires chez 14(20,6%) et SDRA chez 18(26,5%) patients. La médiane du séjour était de 9 jours [6-17] et le taux de mortalité était de 23,5%. Trois facteurs prédictifs indépendants de mortalité étaient identifiés : le recours à la sédation (OR=31,8 ; IC95% [2,7-373,5] ; p=0,006) et la survenue d'un état de choc (OR=19 ; IC95% [2,9-126,6] ; p=0,002) ou d'une insuffisance rénale aiguë (OR=22,9 ; IC95% [1,8-29,3] ; p=0,016).

Conclusion : Raccourcir la durée de la sédation et prévenir la survenue d'un état de choc ou d'une insuffisance rénale aiguë au cours du séjour en réanimation semblent être nécessaires pour améliorer le pronostic des PAC sévères chez les sujets âgés.

P 204 : LES COMAS NON TRAUMATIQUES AUX URGENCES ; PATHOLOGIE LOURDES : ÉTUDE DESCRIPTIVE ET ANALYTIQUE D'UNE POPULATION DE MAUVAIS PRONOSTIC

Auteurs : F.Issaoui*, H.Bradai, H.Snoussi, F.Ben amira, A.Abdelhedi, A.Nasri, O.Chakroun-Walha, N.Rekik.

Service : Service des Urgence et du SAMU 04, CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : le coma représente une défaillance neurologique qui peut être secondaire à une souffrance cérébrale localisée ou diffuse. Aux urgences, les comas non traumatiques constituent une pathologie fréquente et à pronostic parfois réservé.

Objectif : Etudier le profil épidémiologique-clinique et pronostique des malades hospitalisés pour une altération de conscience non traumatique (GSC <=12) ayant un score de GOS e à la sortie inférieur ou égal à 3.

Méthode : étude prospective, descriptive et analytique, déroulée sur une période de 6 mois (du 01/07/2018 au 31/12/2018) incluant les malades chez qui le diagnostic de coma non traumatique a été retenu et ayant un score de GOS e à la sortie inférieur ou égal à 3. Les patients ayant un GOS e supérieur à 3 n'étaient pas inclus (n=34).

Résultat : Nous avons colligé 75 cas, l'âge moyen était à 71,91 ± 13,54 ans dont 70,60% avaient un âge >= 65 ans, il existe prédominance masculine (n=43). Nous avons noté le terrain multi-taré de nos patients (tous les patients avaient au moins deux antécédents notamment cardiovasculaires) aussi bien la poly-médication. L'examen clinique a révélé essentiellement : le score de GSC moyen était à 8,56± 2,07 et 45,3% patients avaient un GSC <=8, 46,7% avaient un déficit neurologique, 13% des convulsions 33,3% avaient une détresse respiratoire à leur admission et 9,3% avaient un état de choc. La biologie a montré les moyennes suivantes : une natrémie à 139,39 ± 6,19, kaliémie à 4,20 ± 0,7, créatine kinase à 592,77, bicarbonate à 18,57 ± 6,08. La ponction lombaire a été réalisée chez 5 patients révélant 2 méningites à pneumocoque, une tuberculose et deux virales. La TDM cérébrale a montrée 29 AVC ischémiques et 21 hémorragiques. Le coma hypoxique (20%) par : pneumopathie infectieuse (n=5), état de choc septique (n= 7) coups de chaleur (n=2). Le coma métabolique (8,7%) par encéphalopathie hépatique (n=2), décompensations acido cétosique de diabète (n=3), par hyper natrémie (n=3). Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire dans 44% des cas, drogues vasoactives dans 15% des cas. Le taux de mortalité à 54,3%, l'état végétatif (GOS e=2) dans 30,7%. Les facteurs prédictifs de mortalité sont : - L'âge supérieur à 65 ans : p=0,046 - L'antécédent d'AVC p=0,036 - L'étiologie vasculaire du coma : 0,001 - L'étiologie métabolique du coma p=0,010

Conclusion : le coma qui résulte d'une souffrance cérébrale localisée ou diffuse, est grevée de lourdes morbidités et d'un taux élevé de décès. Dans notre série la vasculaire et du coma sont corrélés à élevé à la mortalité.

P 205 : ARTIFICIAL INTELLIGENCE MAY HELP DOCTORS TO OPTIMIZE ANTI-VITAMIN K TREATMENT

Auteurs : FZ Gamara*, YZ Elhechmi*, A Mefteh*, A Jebbaraµ, I Ezzairµ, S Kraiemµ, NB Falfoul*

Service : * Emergency and Intensive Care Department. Habib Thameur University Hospital. University of Tunis Elmanar. µ Cardiology department. Habib Thameur University Hospital. University of Tunis Elmanar.

Introduction : Artificial Intelligence (AI) applications are expanding into areas that were previously exclusively restricted to human experts. Despite the high incidence of Antivitamin K iatrogenic effects, it is still widely used in developing countries. Because of the wide variability in the pharmacokinetics of vitamin K antagonists, the optimal dosage is often difficult to determine at the initiation of treatment. This is an exemplary case to test the intervention of AI for decision support.

Objectif : The purpose of this study was to assess the accuracy of AI in the determination of optimal acenocoumarol posology based on demographic, clinical or biological parameters.

Méthode : This is a retrospective study including patients getting anti-vitamin K with a goal of INR between 2 and 3. Outpatients were included from Cardiology follow-up when the goal of INR between 2 and 3 was permanently achieved for at least one month with the same posology of acenocoumarol. Dose of acenocoumarol, demographic characteristics (Age, gender), risk factors, clinical (Respiratory rate, heart rhythm, blood pressure), biological parameters (Creatinine, Sodium level, potassium level, chloraemia, alkaline reserve), and other medications taken were recorded. Univariate analyses were then performed to determine factors associated with the dose of anti-vitamin K. Patients were then divided into 3 groups, the first group with a minimal posology of anti-vitamin K between 0.5 and 2 mg per day, the second group with a posology > 2mg and ≤ 4mg per day, the third group with a posology > 4mg per day. Then, we included all variables significantly associated with anti-vitamin K dose in an Artificial Intelligence (AI) algorithm called Extreme Boost Gradient with the objective to predict the right group of posology. We used the same algorithm to predict different probabilities for the three groups (High probability when ≥ 0.6, moderate probability when <0.6 and ≥0.2, low probability when <0.2). Finally, we performed an internal validation of the model using prediction accuracy, and Receiver Operating Curves.

Résultat : We included 65 patients between the 1st of August 2019 and the 30th of September 2019. Mean age was 66 ± 11 years. Fifty-eight percent were females. Median posology of anti-vitamin K was (median, [per25-75]) 2.5 [2.0-3.0] mg per day. Risk factors, clinical and biological parameters of the population are shown in Table 1. Age was correlated with the posology of anti-vitamin K (Spearman Coefficient: -0.238, p=0.008). Hypertension (2.0 [2.0-3.0]mg per day for hypertensive patients vs 2.8 [2.0-3.0]mg per day for non-hypertensive patients; p=0.012) and atrial fibrillation (2.3 [2.0-3.0]mg per day for patients with atrial fibrillation vs 3.0[2.3-4.0] mg per day for patients without atrial fibrillation) were significantly associated with the posology of anti-vitamin K. Sodium levels were correlated with the posology of anti-vitamin K (Pearson Coefficient = 0.350; p=0.003). After including all significant parameters in univariate analyses with medications taken by patients, AI was able to predict anti-vitamin K groups with an accuracy of 92%. Pearson Coefficient of correlation was 0.833 (p<0.001) (Figure 1). The areas of the ROC curves of AI algorithm for the prediction of anti-vitamin K groups were respectively for group1, group2 and group3, 0.905 [0.819-0.992], 0.933 [0.861-1.000], 0.910 [0.749-1.000].

Conclusion : For the first time, Artificial intelligence (AI) was able to predict the optimal posology of acenocoumarol. AI may be an accurate decision support for physicians in the determination of optimal posology of acenocoumarol in the future.

Table1: Characteristics of the population

Parameters	Values
Risk Factor	Frequency (%)
Hypertension	37 (57%)
Dyslipidemia	34 (52%)
Coronary insufficiency	23 (35%)
Smoking	8 (12%)
Diabetes	14 (21%)
Stroke	8 (12%)
Renal insufficiency	2 (3%)
Chronic heart failure	17 (26%)
Other Medications	
Platelet inhibitors	15 (23%)
AEC inhibitors*	41 (63%)
Beta-blockers	33 (51%)
Furosemide	30 (46%)
Clinical parameters	Median [Per25-75]
Respiratory rate (bpm)	17 [16-20]
Heart rate (cpm)	75 [67-90]
Systolic blood pressure (mmHg)	120 [110-130]
Diastolic blood pressure (mmHg)	65 [50-70]
Biological parameters	Median [Per25-75]
Creatinine (µmol/L)	69.5 [61.0-87.5]
Sodium level (mmol/L)	138 [136-140]
Potassium level (mmol/L)	4.0 [3.8-4.4]
Cholraemia (mmol/L)	102 [98-106]
Alkaline reserve (mmol/L)	26.5 [24.0-29.0]
Blood glucose (mmol/L)	5.85 [5.16-8.64]

Abbreviations : *Angiotensin-converting enzyme inhibitors

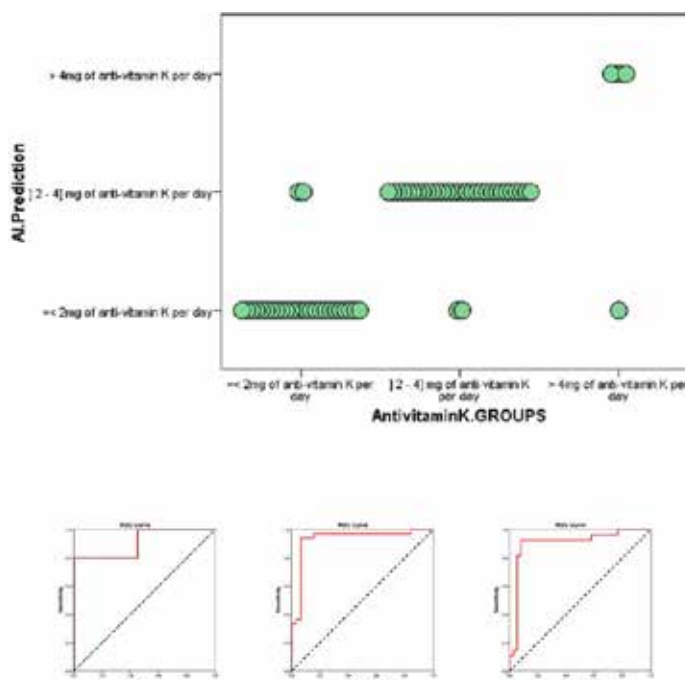


Figure 1: Correlation between AI predictions and anti-vitamin K posology

P 206 : LA TRANSFUSION SANGUINE : MODALITÉS ET RISQUES

Auteurs : I.Mehrez, A.Derkaoui, A.Shimi, M.Khatouf

Service : -Service de la réanimation A1/ Bloc central A2-CHU HASSAN II FEZ.MAROC

Introduction : -La transfusion sanguine (TS) est une thérapeutique qui consiste à administrer par voie intraveineuse un produit sanguin labile :PSL (concentrés globulaires (CG), plasma frais congelé (PFC) ou concentrés plaquettaires (CP). -les complications de la TS sont directement en relation avec le terrain, le capital génétique, la qualité des PSL, et le défaut de pratique !!

Objectif : -L'objectif de l'étude est de comparer les modalités de la TS par rapport aux dernières recommandations et de détecter les complications qui en résultent.

Méthode : -C'est une étude prospective, analysant 68 cas de TS soit au service de la Réanimation A1, soit au bloc central A2 du CHU HASSAN II de Fès, sur une période de 4 mois du 21/11/2018 au 15/03/2019.

Résultat : -68 cas de TS ont été colligés entre novembre et mars 2018-2019 en réanimation A1 (39 cas soit 57,35%), et 29 cas au bloc central A2 soit 33,72% : 43hommes (64%) et 25 femmes (36%). L'âge moyen est de 42 ans avec des extrêmes allant de 4 à 86 ans. La

population transfusée ayant des ATCD est au nombre de 10 cas (14,7%) : entre syndrome coronarien, diabète, HTA, angines à répétition et anémie chronique. Les cas de transfusion ont intéressé : les malades de CCV soit en per ou post opératoire 25 cas (36%), 18 polytraumatisés (26%), la chirurgie orthopédique : 14 cas (20%), 10 cas pour la neurochirurgie (14%), le reste (4%) : TC isolés, DR, ORL. -Les indications de la transfusion = *pour les malades de la réa : 25% saignement en post op de CCV, 23% à objectif d'HB chez les TC, 22% une anémie mal tolérée avec hypoTA et tachycardie, 13% EDC hémorragique, 7% Ulcère de stress, 2,5% DR, 2,5% à objectif de choc septique et 5% par excès. *Au bloc opératoire= les indications de la TS ont été prédominés par : le saignement per- opératoire 41%, une tachycardie avec hypotension : 30%, une déglobulisation post CEC 21%, un EDC hépatique per-opératoire 3,5%, un ACR per-opératoire 3,5%, et finalement par excès 1%. -La moyenne de l'Hb de départ est de 7,2 g/dl, pour un groupage : 50%A+, 36,7% O+, 4,4% B+, et 4,4% B-, 2,94% AB-, et 1,47% AB+. La quantité de PSL transfusée était d'une moyenne de : 2CG /7CQ/3PFC, sur une durée de :15- 40min. -pour les modalités de la TS : le cross match a été fait pour 7 patients en réa soit 18% des cas, et pour 2 patients de CCV au bloc A2 soit 7% des malades, on avait 2 agglutinations anti-B (2,34%) : une en réa patient AB+, et une au bloc patient A+, pour lesquelles les poches de sang ont été changées. -pour les 68 malades, la TS a été marquée par la survenue de 2 incidents soit 2,95% des cas; un cas de fièvre et un autre d'hémolyse avec des urines hématiques ! La TS a été arrêtée pour les 2 accidents.

Conclusion : -Les principales complications de la TS sont : les réactions fébriles non hémolytiques et les allergies, avec un risque immunologique > risque infectieux. -Il est impératif de respecter les bonnes pratiques cliniques et les règles de sécurité transfusionnelle.

P 207 : VALEUR DU RAPPORT NEUTROPHILES / LYMPHOCYTES DANS LA PRÉDICTION DE LA MORTALITÉ AU COURS DU SYNDROME CORONAIRE AIGU

Auteurs : K.Ben Ismail, y. Yahya , D.Nsib , K Zaouech, R.Baccouche ,R. Boubaker ,H Maghraoui , K.Majed

Service : Service des urgences, La RABTA

Introduction : Les patients ayant un syndrome coronarien aigu (SCA) présentent un risque élevé de mortalité et d'événements cardiovasculaires majeurs récurrents. La stratification du risque est essentielle pour optimiser la prise en charge. Le rapport neutrophiles/lymphocytes était rapporté dans la littérature comme un marqueur de la réaction inflammatoire systémique et donc corrélé significativement à la mortalité au cours du SCA.

Objectif : -Etudier la valeur pronostique du rapport neutrophiles/ lymphocytes chez les patients admis pour SCA (STEMI/NSTEMI).

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective, menée sur une période de 3 mois de Janvier au Mars 2019 au service des urgences du CHU LA RABTA. Nous avons inclus tous les patients ayant un âge de plus de 18 ans, admis pour un STEMI ou un NSTEMI et analysé la corrélation du rapport Neutrophiles/ Lymphocytes (RNL) à la mortalité intra-hospitalière au moyen du logiciel SPSS 22. Le seuil de significativité était fixé à 0,05 ($p < 0,05$).

Résultat : Nous avons colligé 100 patients. La moyenne d'âge était de $64,69 \pm 11,71$ ans et le sex ratio de 1,33. Le diagnostic d'un STEMI était retenu chez 46 % des malades . Trente quatre pour cent des patients ont présenté au moins une complication au cours de leur hospitalisation. Le taux de mortalité était à 0,31 . Le rapport Neutrophiles/ Lymphocytes (RNL) variait entre 0,0083 et 96,33 avec une moyenne de $6,25 \pm 10,34$. Le RNL était ≥ 5 chez 37% des patients. Nous avons trouvé une corrélation significative entre un RNL ≥ 5 et le taux de mortalité ($p = 0,001$, OR = 1.354167 et IC = [0.5621959 - 3.2264728]). L'aire sous la courbe ROC était de 0,54.

Conclusion : Un rapport neutrophiles/lymphocytes supérieur à 5 pourrait être un facteur prédicteur de mortalité aux urgences chez les patients admis pour un syndrome coronarien aigu.

P 208 : EVALUATION PRONOSTIQUE DU SYNDROME CARDIORENAL AUX URGENCES

Auteurs : R.Boubaker, KH. Zaouche, M. Kilani*, A. Mghirbi, Y. Yahya, R. Baccouche, L. Abdennebi, H. Maghraoui, Y. Gharbi, M. Moudhaffer, A. Ben Hamida, K. Majed

Service : Service des urgences La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : Après le syndrome pneumorénal et hépatorénal, un nouveau syndrome d'interaction étroite entre deux organes a été décrit : le cardio-rénal. La reconnaissance de ses facteurs de risques et des facteurs pronostiques permet d'améliorer sa prévention et sa prise en charge

Objectif : Identifier les principaux éléments pronostiques au cours de la prise en charge initiale d'un syndrome cardio-rénal (SCR) aux urgences

Méthode : Étude rétrospective, descriptive, menée sur une période d'une année. On n'a pas inclus les patients en état de choc à l'admission, les patients décédés ou transférés dans les 2 heures suivant leur admission, les patients septiques et les syndromes coronaires avec sus-décalage du segment ST. Nous nous sommes basés sur 4 critères pour évaluer le pronostic du SCR aux urgences : aggravation de la fonction rénale $> 20\%$ entre la valeur de la Créatininémie à l'admission et sa valeur à la sortie, recours à l'intubation et à la ventilation assistée, recours aux drogues vasoactives et la mortalité intra-hospitalière

Résultat : Nous avons inclus 50 patients. La moyenne d'âge était de 70 ans et le sex ratio à 1. L'hypertension artérielle, le diabète, l'insuffisance rénale chronique et l'insuffisance cardiaque représentaient les antécédents les plus dominants avec respectivement 78%, 54%, 44% et 30% des cas. Vingt et un patients (42%) avaient aggravé leurs fonctions rénales et c'était plutôt chez les hommes (14 hommes et 7 femmes). Cette aggravation n'était pas statistiquement corrélée ni aux antécédents du patient, ni au taux d'hémoglobine ($p = 0,14$) ni à l'hyponatrémie ($p = 0,12$). La ventilation non invasive a été indiquée d'emblée chez 44% des patients. Un seul patient a été intubé. Il n'y avait pas de corrélation statistiquement significative entre le recours à l'intubation et le décès ($p = 0,16$). Deux patients ont

été mis sous adrénaline et il y avait une relation statistiquement significative entre le recours aux drogues vasoactives et l'antécédent d'insuffisance cardiaque ($p=0,02$) ou d'AVC ($p=0,007$) et le nombre d'hospitalisation au cours des 3 derniers mois ($p=0,05$). Le taux de mortalité était de 16% avec une relation statistiquement significative entre le taux de mortalité avec l'aggravation >20% de la fonction rénale ($p=0,008$), le nombre d'hospitalisation au cours des 3 derniers mois ($p=0,01$) et le nombre de passage aux urgences au cours des 3 derniers mois ($p=0,02$).

Conclusion : Les facteurs pronostiques du SCR devraient être déterminés à partir des études prospectives plus larges menées dans des services d'urgence, de cardiologie, de néphrologie, de médecine interne et de réanimation afin d'obtenir des résultats encore plus précis

P 209 : PNEUMOTHORAX BILATÉRAL ET SPONTANÉ DIAGNOSTIQUÉ AUX URGENCES : APPORT DE L'ÉCHOGRAPHIE PLEURO-PULMONAIRE FAITE PAR L'URGENTISTE AU CHEVET DU MALADE.

Auteurs : Manel Kallel, Mehdi Ben Lassoued, Manel khaskhoussi, Wiem Demi, Khaouala Hamzaoui, Emna Kallel, Maher Arafa, Rym Hammami, Ala Zammi, Olfa Djebbi, Mounir Haggui, Khaled Lamine.

Service : SAU, Hôpital Militaire de Tunis, Tunisie

Introduction : L'échographie pleuro-pulmonaire est de plus en plus utilisée par l'urgentiste au lit du malade dans le cadre de la prise en charge diagnostique d'une détresse respiratoire aiguë. D'après la conférence d'experts de 2012, l'échographie pleuro-pulmonaire fait mieux que la radiographie du thorax et autant que le scanner thoracique. Nous rapportons ici l'observation d'un patient sauvé à temps aux urgences grâce à cet outil échographique

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 29 ans tabagique à 15 paquets/année, aux antécédents de tuberculose pleuropulmonaire et qui a été amené par sa famille aux urgences pour une altération de l'état de conscience d'installation aiguë à la suite d'une quinte de toux après avoir fumé deux cigarettes. L'examen initial aux urgences a objectivé sur le plan respiratoire : des voies aériennes supérieures à risque, un malade cyanosé, une polypnée à 40 cycles/minute et une SpO₂ à 70 %, à l'air ambiant. On a noté une diminution de l'ampliation thoracique surtout à droite avec un tirage intercostal. A l'auscultation pulmonaire, il avait un silence auscultatoire à droite et une diminution des murmures vésiculaires à gauche. Sur le plan hémodynamique, on a objectivé une pression artérielle à 120/80 et un pouls à 135 bpm. L'électrocardiogramme a montré une tachycardie sinusale à 130 bpm avec une onde P pulmonaire. Sur le plan neurologique, un glasgow coma scale à 3. Les pupilles étaient en position intermédiaires réflexives. Le patient était apyrétique avec une glycémie au doigt à 1 g. L'abdomen était souple et dépressible. La gazométrie artérielle a montré une acidose respiratoire sévère avec hypoxémie à 50 mmHg et des lactates à 4,4 mmol/l. Un pneumothorax bilatéral et suffocant a été fortement suspecté. Le patient a été mis immédiatement sous oxygène à l'aide d'un ballon autoremplisseur à valve unidirectionnelle après avoir libéré les voies aériennes. Une échographie pleuropulmonaire pratiquée par l'urgentiste au chevet du malade a objectivé un pneumothorax total et bilatéral. Le patient a bénéficié de la mise en place d'un drain pleural sous aspiration douce (-20 cmH₂O) du côté droit. L'échographie pleuropulmonaire post drainage a confirmé le retour à la paroi du poumon du côté droit. Le patient a été intubé et ventilé puis a été transféré en réanimation. Il a été opéré en chirurgie cardiothoracique avec une bonne évolution clinique

Conclusion : L'échographie pleuro-pulmonaire au chevet du malade devient au jour d'aujourd'hui un prolongement de l'examen clinique aux urgences. Elle doit intégrer la prise en charge



P 210 : PRATIQUE DE LA PRÉVENTION DES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MÉCANIQUE

Auteurs : Yosri Ben Ali , Oussama Jaoued , Wael Chemli, Rim Chelbi , Rim Gharbi, Mohamed Fekih Hassen, Habiba Ben Sik Ali, Souheil El Atrous

Service : Service de réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia

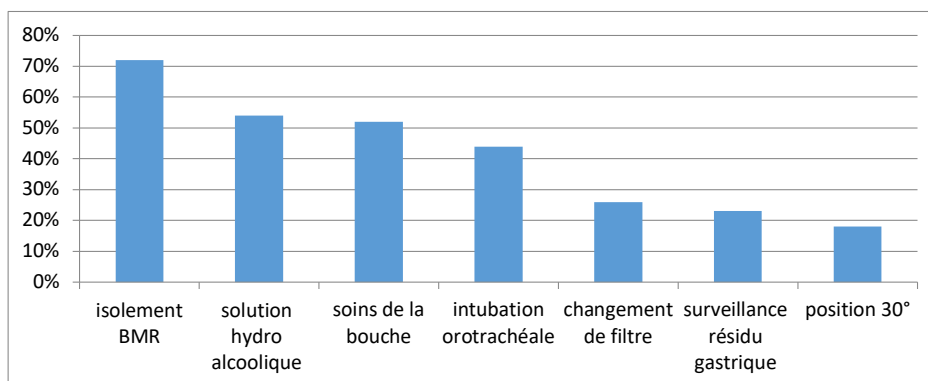
Introduction : Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) constituent un problème de santé publique. Elles sont responsables d'une morbi-mortalité non négligeable et d'une augmentation excessive de coût. Plusieurs mesures de prévention sont mises en route contre ces infections

Objectif : Déterminer les moyens utilisés pour la prévention des PAVM dans les services de réanimation de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia

Méthode : C'est une enquête réalisée dans l'hôpital Taher Sfar de Mahdia pendant le mois d'août 2019 au près des personnels médicaux et paramédicaux dans les services de réanimation médicale, réanimation néonatalogie et la réanimation chirurgicale. Les personnels médicaux et paramédicaux des autres services sont exclus. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques des participants, la fonction et le grade, l'ancienneté, et les mesures utilisées pour lutter contre les PAVM

Résultat : Durant la période de l'étude, 50 personnels de la santé d'âge inférieure à 30 ans dans 80% des cas et à prédominance féminine (76%) ont participé dans l'enquête. Le taux de participation était de 50%. Seulement 4 % des interrogés reconnaissent la vraie définition de PAVM. Le tableau sous dessous représente les moyens utilisés pour la prévention des PAVM ; Seulement 22% des participants utilisaient des critères de sevrage de la ventilation mécanique afin de diminuer la durée de ventilation mécanique et 40% des enquêtes adaptent la dose de sédation et utilisent un protocole de sédation. Il n'existe aucune différence statistiquement significative concernant l'utilisation des moyens de prévention entre les médecins et les infirmiers. Il existe une différence statistiquement significative entre la réanimation médicale et les deux autres réanimations concernant l'isolement BMR (84% vs 58% ;p=0.039) ,le recours à l'intubation oro-trachéale(58% vs 29% ;p=0.042),le positionnement du patient à 30° (50% vs 21% ;p=0.032),changement de filtre(38% vs 13% ;p=0.037),la surveillance de résidu gastrique(65% vs 25% ;p=0.04),soins de la bouche (69% vs 33% ;p=0.046) et des précautions lors d'aspiration trachéale (69% vs 33% ;p=0.046). Conclusion : Cette enquête montre qu'il n'existe pas une stratégie commune de prévention de PAVM dans l'hôpital Taher Sfar de Mahdia. Plusieurs moyens sont utilisés mais sans aucune hiérarchie. Plusieurs efforts multidisciplinaires doivent être fournis dans ce domaine et notamment par le CLIAS de hopital. Durant la période de l'étude, 50 personnels de la santé d'âge inférieure à 30 ans dans 80% des cas et à prédominance féminine (76%) ont participé dans l'enquête. Le taux de participation était de 50%. Seulement 4 % des interrogés reconnaissent la vraie définition de PAVM. Le tableau sous dessous représente les moyens utilisés pour la prévention des PAVM ; Seulement 22% des participants utilisaient des critères de sevrage de la ventilation mécanique afin de diminuer la durée de ventilation mécanique et 40% des enquêtes adaptent la dose de sédation et utilisent un protocole de sédation. Il n'existe aucune différence statistiquement significative concernant l'utilisation des moyens de prévention entre les médecins et les infirmiers. Il existe une différence statistiquement significative entre la réanimation médicale et les deux autres réanimations concernant l'isolement BMR (84% vs 58% ;p=0.039) ,le recours à l'intubation oro-trachéale(58% vs 29% ;p=0.042),le positionnement du patient à 30° (50% vs 21% ;p=0.032),changement de filtre(38% vs 13% ;p=0.037),la surveillance de résidu gastrique(65% vs 25% ;p=0.04),soins de la bouche (69% vs 33% ;p=0.046) et des précautions lors d'aspiration trachéale (69% vs 33% ;p=0.046). Conclusion : Cette enquête montre qu'il n'existe pas une stratégie commune de prévention de PAVM dans l'hôpital Taher Sfar de Mahdia. Plusieurs moyens sont utilisés mais sans aucune hiérarchie. Plusieurs efforts multidisciplinaires doivent être fournis dans ce domaine et notamment par le CLIAS de hopital. Durant la période de l'étude, 50 personnels de la santé d'âge inférieure à 30 ans dans 80% des cas et à prédominance féminine (76%) ont participé dans l'enquête. Le taux de participation était de 50%. Seulement 4 % des interrogés reconnaissent la vraie définition de PAVM. Le tableau sous dessous représente les moyens utilisés pour la prévention des PAVM ; Seulement 22% des participants utilisaient des critères de sevrage de la ventilation mécanique afin de diminuer la durée de ventilation mécanique et 40% des enquêtes adaptent la dose de sédation et utilisent un protocole de sédation. Il n'existe aucune différence statistiquement significative concernant l'utilisation des moyens de prévention entre les médecins et les infirmiers. Il existe une différence statistiquement significative entre la réanimation médicale et les deux autres réanimations concernant l'isolement BMR (84% vs 58% ;p=0.039) ,le recours à l'intubation oro-trachéale(58% vs 29% ;p=0.042),le positionnement du patient à 30° (50% vs 21% ;p=0.032),changement de filtre(38% vs 13% ;p=0.037),la surveillance de résidu gastrique(65% vs 25% ;p=0.04),soins de la bouche (69% vs 33% ;p=0.046) et des précautions lors d'aspiration trachéale (69% vs 33% ;p=0.046).

Conclusion : Cette enquête montre qu'il n'existe pas une stratégie commune de prévention de PAVM dans l'hôpital Taher Sfar de Mahdia. Plusieurs moyens sont utilisés mais sans aucune hiérarchie. Plusieurs efforts multidisciplinaires doivent être fournis dans ce domaine et notamment par le CLIAS de hôpital.



P 211 : INTERET DE LA FIBRINOLYSE INTRA PLEURALE DANS LE TRAITEMENT DES PLEURESIES PURULENTES : A PROPOS D'UN CAS

Auteurs : Hamdeni M, Zaouche K, Boubaker R, Rezgui E, Yahya Y, Maghraoui H, Majed K

Service : Service des Urgences. CHU La Rabta.

Introduction : Le drainage pleural est un des piliers de la prise en charge des pleurésies purulentes. Cependant, le drainage seul est souvent inefficace nécessitant des lavages itératifs ou une thrombolyse intrapleurale avant le recours à la chirurgie. Nous rapportons le cas d'un succès clinique d'une thrombolyse intra pleurale.

Cas clinique : Madame Z.A âgée de 40 ans, aux antécédents de fibrillation atriale, hypothyroïdie et rétrécissement mitral a consulté les urgences pour dyspnée associée à de la fièvre et des expectorations purulentes évoluant depuis quelques jours. A l'examen initial, la patiente était en détresse respiratoire avec des râles crépitants bilatéraux prédominants à droite et des signes droits. La température était à 39 °c , les GB à 14800 elmt/mm et la CRP à 218mg/l. A la radiographie thoracique (Fig 1) une opacité homogène pleurale étendue à tout le champs droit associée à une opacité parenchymateuse extensive a été mise en évidence. La patiente a été mise sous oxygène, diurétiques et antibiothérapie. Une ponction pleurale a été faite ramenant un liquide d'aspect trouble contenant 950 éléments/mm dont 60% de PNN. Le diagnostic de pleuro-pneumopathie décompensant une insuffisance cardiaque a été retenu. Une TDM thoracique a été demandée à la recherche d'un empyème (Fig 2) . Celle-ci a montré une malformation artérioveineuse au niveau du champs droit avec un épanchement pleural de grande abondance à droite et de moyenne abondance à gauche. La non amélioration de la patiente nous a amené à réaliser une thrombolyse intra pleurale avec de la teneplectase associée à des lavages itératifs permettant une amélioration clinique et radiologique (Fig 3).

Conclusion : La fibrinolyse intrapleurale est supérieure au drainage seul dans le traitement des pleurésies purulentes. Elle doit être réalisée même aux urgences.



P 212 : THROMBOSE DE DEUX TRONCS BRACHIOCEPHALIQUES ET DE DEUX VEINES JUGULAIRES INTERNES SUR UN CATHETER VEINEUX CENTRAL SOUS CLAVIER CHEZ UN ENFANT DE 10 ANS

Auteurs : Chakroun.S, Ben Othmen.M A*, Boubaker. A L, Aguir.S, Baccar.M, Gafsi B, Mili. E, Ben Salem.F, Gahbiche.M

Service : Service d'anesthésie réanimation FB Monsatir

Introduction : La mise en place d'un cathéter veineux central (CVC) est fréquente dans la pratique clinique chez les patients hospitalisés en réanimation .Le risque de développer une thrombose est rare chez les enfants. Nous rapportons le cas d'une complication thrombotique étendue sur un CVC chez un enfant hospitalisé en milieu de réanimation.

Cas clinique : Un enfant âgé de 10 ans, sans antécédents, a été victime d'un accident de la voie publique occasionnant un polytraumatisme pour lequel il a été hospitalisé dans le service de réanimation. Le bilan lésionnel initial a montré un traumatisme crânien grave avec une fracture du cubitus droit. Après arrêt de sédation au 6^{ème} jour, le patient était dans un état végétatif lié à des lésions axonales diffuses. Au 8^{ème} jour d'hospitalisation, le patient a présenté un état de choc septique en rapport avec une pneumopathie associée à la ventilation mécanique d'où sa mise sous antibiotiques et de noradrénaline après la mise en place d'un cathéter veineux central sous clavier gauche dont le bon emplacement a été vérifié par une radiographie de thorax. À j 29 d'hospitalisation, le patient a présenté un œdème de la partie supérieure de l'hémicorps gauche (tête, cou, le thorax et le bras gauche), d'où ablation du cathéter veineux central et mise d'un cathéter fémoral droit. Un scanner cervico-thoracique a été demandé en urgence. Le scanner a montré un thrombus totalement occlusif du tronc brachiocéphalique gauche arrivant à la veine jugulaire interne en regard de la naissance de la veine faciale , un thrombus partiellement occlusif du tronc veineux brachiocéphalique droit en regard de sa naissance , la veine jugulaire interne droite était le siège d'un thrombus avec une occlusion subtotale de sa lumière , la veine vertébrale droite était le siège d'un thrombus partiel avec une non opacification de la veine sous-clavière gauche et de la veine vertébrale gauche . Le patient a été mis sous héparine non fractionnée en Bolus de 80 UI/kg suivi d'une perfusion de 50 UI/kg/j à la PSE. L'évolution a été marquée par une diminution de l'œdème après 13 jours d'héparinothérapie. Le patient est décédé à J 53 d'hospitalisation suite à un syndrome de détresse respiratoire aiguë sévère secondaire à une pneumopathie nosocomiale à Acinetobacter multirésistante.

Conclusion : les complications thrombotiques liés aux cathéters veineux chez les enfants sont assez rares. Dans ce cas clinique, nous avons rapporté le cas d'une thrombose étendue sur un CVC chez un enfant hospitalisé en réanimation.

P 213 : THROMBOSE VEINEUSE DE MEMBRE SUPÉRIEUR COMPLIQUANT L'IMPLANTATION D'UN PACE MAKER : A PROPOS D'UN CAS

Auteurs : Maher Arafa*, Manel Kallel, Emna Kallel, Amal Jbali, Mehdi ben Lassoued, Mounir Hagui, Khaled Lamine

Service : Hopital militaire principal d'instruction de Tunis , service d'accueil des urgences

Introduction : La thrombose veineuse profonde (TVP) du membre supérieur est une forme particulière de maladie thromboembolique veineuse. Son incidence est en augmentation en raison du recours fréquent aux dispositifs intraveineux d'indications diverses.

Cas clinique : Nous rapportons le cas de Mr KR, âgé de 60 ans, hypertendu, diabétique, dyslipidémique, qui a bénéficié d'une implantation d'un pacemaker pour un bloc auriculo-ventriculaire complet paroxystique syncopal survenant 3 semaines avant sa consultation. Le patient s'est présenté aux urgences pour une tuméfaction douloureuse du membre supérieur gauche. L'examen clinique à l'admission a objectivé un patient apyrétique stable sur le plan hémodynamique avec une pression artérielle systolique de 120 mmHg et une pression diastolique de 80 mmHg, la fréquence cardiaque était de 86 battements par minute. Sur le pan respiratoire, il était eupneique avec une saturation périphérique correcte. Le membre supérieur gauche était oedématié et chaud. Le diagnostic d'une thrombose veineuse (TVP) du membre supérieur post implantation d'un pace maker a été suspecté. On a complété par une échographie doppler du membre supérieur, qui a mis en évidence une thrombose veineuse évolutive intéressant la veine sous clavière et axillaire gauches. Le patient a été mis sous héparine bas poids moléculaire à dose curative en association avec un anticoagulant orale.

Conclusion : L'utilisation croissante de dispositifs intraveineux explique l'importante augmentation de l'incidence des TVP des membres supérieurs. Les données restent cependant encore très limitées. Le traitement repose sur l'anti coagulation curative, en l'absence de preuves suffisantes de l'efficacité des traitements plus invasifs.

P 214 : ETUDE DESCRIPTIVE DES PNEUMOTHORAX SURVENANT EN MILIEU DE REANIMATION CHIRURGICALE : A PROPOS DE 14 CAS

Auteurs : Chakroun.S, Ben Othmen.MA*, Aguir.S, Baccar.M, Boubaker.A L, Gafsi.B, Mili. E, Ben Salem.F, Gahbiche.M

Service : Service d'anesthésie réanimation FB Monsatir

Introduction : le pneumothorax est défini par la présence d'air dans la cavité pleurale. En milieu de réanimation, la survenue d'un pneumothorax est généralement favorisée par une altération de la mécanique respiratoire mais surtout par la mise des alvéoles pulmonaire sous des pressions parfois trop élevées à cause de la ventilation mécanique.

Objectif : Décrire les cas de pneumothorax survenant chez des patients hospitalisés en milieu de réanimation.

Méthode : une étude rétrospective menée dans le service de réanimation chirurgicale au CHU Fattouma Bourguiba à Monastir, un total de 14 cas de pneumothorax survenant durant l'hospitalisation ont été colligés sur une période de deux ans, entre juillet 2017 et juillet 2019.

Résultat : Parmi les patients colligés, il y avait 4 patients de sexe féminin et 10 de sexe masculin, l'âge moyen était 47,3 ans, les motifs d'admission : 5 patients ont été admis pour un polytraumatisme, 4 patients ont été admis pour un traumatisme crânien grave isolé, 4 patients ont été admis pour prise en charge post opératoire digestive et un patient a été admis pour une pancréatite aiguë grave compliquée d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë. Le diagnostic du pneumothorax a été fait suite à des manifestations cliniques évocatrices chez 8 patients et d'une façon fortuite (sur la radiographie de thorax) chez 6 patients. Les étiologies retenues : 10 cas de pneumothorax étaient liés à un barotraumatisme et 4 cas de pneumothorax étaient des complications de la mise des cathéters veineux centraux (KTVC). Parmi ces KTVC, 3 ont été mis selon la technique de repérage anatomique et un seul à l'aide d'une échographie. Tous les pneumothorax ont été drainés, 11 patients par le drain de Joly a été mis chez 9 patients, par un Pleurocath a été mis chez 2 patients et un drain en queue de cochon chez un seul patient. La vérification du bon positionnement du drain thoracique a été faite par une radiographie de thorax chez tous les patients. Un scanner thoracique a été demandé pour 3 patients pour l'absence d'amélioration de leurs états respiratoires malgré le drainage du pneumothorax.

Conclusion : La survenue d'un pneumothorax chez les patients hospitalisés en milieu de réanimation est susceptible d'aggraver le pronostic vital et de prolonger leurs séjours à l'hôpital. La survenue d'une telle complication est favorisée par une mécanique respiratoire très altérée chez les patients critiques mais aussi par d'autres facteurs (ventilation mécanique mal adaptée au patient, iatrogénie, manque de formation du personnel)

P 215 : EMPHYSEMÈME SOUS-CUTANÉ SANS PNEUMOTHORAX SUITE À UN CATHÉTER CENTRAL

Auteurs : M.Bouabid(1), M.Yahya(1), L.Benlalya(1), O.Bouhamed(1), H. Bouchaïra(1), R.Zoubeidi(1), A.Bouزيد(1), A.Hentati(2)

Service : (1)Hôpital universitaire de Médenine, service d'anesthésie-réanimation; (2) Hôpital Habib Bourguiba de Sfax, service de chirurgie cardiovasculaire et thoraciques

Introduction : La mise en place d'un cathéter central échoguidé par un abord sus-claviculaire dans le plan du confluent de Pirogoff est une technique récente. Nous rapportant une complication de cette voie non encore rapporté, exceptionnellement décrite dans les autres voies.

Cas clinique : Il s'agit d'une femme âgée de 87 ans ayant une arthrose des genoux pour laquelle elle prend des AINS avec le tramadol. Elle a été admise à la réanimation pour détresse respiratoire aigue suite à l'ingestion accidentelle de 800 mg de tramadol (dont la dose toxique est 500 mg pour une prise). A l'examen la patiente a présenté un myosis bilatérale, désaturation à l'air ambiant à 70%, GCS à 13/15, état hémodynamique stable. La biologie était correcte en dehors d'une acidose respiratoire. La radio thorax objectivé des opacités alvéolaires basales bilatérales. Malgré l'amélioration initiale après l'administration du naloxone, son état hémodynamique et respiratoire s'est dégradé d'où elle a été intubée. On a procédé à la mise en place d'un cathéter central échoguidé par un abord sus-claviculaire dans le plan du confluent de Pirogoff. La mise en place du KT s'est compliquée d'un emphysemè sous cutané important avec absence de pneumothorax à la radiographie. La TDM thoracique (figure1) a révélé un pneumomédiastin de faible abondance et un important emphysemè sous cutané, sans pneumothorax. Devant l'importance de l'emphysemè et sa persistance, il a nécessité plusieurs ponctions sous-cutanées à l'aiguille pour le soulager. L'évolution était défavorable et la patiente est décédée suite à un état de choc septique à point de départ pulmonaire.

Conclusion : La mise d'un KT central peut se compliquer d'un emphysemè sous-cutané isolé sans pneumothorax. Il traduit la fuite d'air suite à une brèche dans l'arbre trachéo-bronchique avec diffusion dans les tissus sous-cutanés, sans lésion alvéolaire concomitante.



P 216 : ADMINISTRATION TARDIVE DU DANTROLENE POUR UNE HYPERTHERMIE MALIGNE

Auteurs : M.Bouabid, O.Bouhamed, M.Yahya, L.Benalaya, R.Zoubeidi, H. Bouchaïra, A.Bouzid

Service : Hôpital universitaire de Médenine, service d'anesthésie-réanimation

Introduction : L'hyperthermie maligne est une maladie pharmacogénétique des muscles squelettiques qui se traduit par une réponse hypermétabolique à l'exposition aux halogénés et la succinylcholine. Toute suspicion implique l'administration de dantrolène, antagoniste spécifique des changements physiopathologiques d'hyperthermie maligne.

Cas clinique : Nous discutons le cas d'une patiente âgée de 26 ans, sans antécédents, et n'ayant pas subi une anesthésie générale auparavant. Par ailleurs l'interrogatoire ne trouve pas la notion de complications anesthésiques ni de pathologie neuromusculaire dans la famille. Une cholécystectomie pour une LV simple a été programmée pour elle. L'examen préopératoire était normal, mais la patiente présentait des critères d'intubation difficile. L'induction était faite par Propofol et du succinylcholine, puis l'anesthésie rapidement entretenu par l'Isotrurane(en plus du Fentanyl, et le cisatracurium). Rapidement après l'intubation, la patiente a présenté une hypercapnie persistante malgré l'hyperventilation associée à une tachycardie non expliquée, et une désaturation rapide au débranchement du respirateur. Le diagnostic de l'hyperthermie était alors évoquer. L'évolution a été marqué par l'ascension de la température jusqu'à 39.2 malgré le refroidissement externe débuté précocement. La malade a été acheminée en postopératoire en réanimation (sédation), où l'examen trouve une patiente fébrile à 39.2 avec des sueurs profuses et une rigidité musculaire. A la biologie on a trouvé une rhabdomyolyse avec initialement une CPK à 2029 et un pic à H24 à 18040 une hypercapnie et acidose métabolique malgré le bicarbonate débuté au bloc opératoire. La patiente a bénéficié d'un remplissage par du sérum physiologique et du bicarbonate, d'une hyperventilation, d'un refroidissement externe. Une récurrence des signes initiaux a été noté à H4. Le dantrolène - indisponible initialement- a été injecté à H24 pour éviter une nouvelle récurrence tardive. L'évolution était favorable sans récurrence, et la patiente était extubée le lendemain.

Conclusion : Le dantrolène est un antagoniste spécifique des changements physiopathologiques de l'hyperthermie maligne et devrait être disponible partout où une anesthésie générale est pratiquée. Son administration même tardive pourrait réduire le risque de récurrence qui peut être fatale.

P 217 : GESTION D'UNE FORME ATYPIQUE D'HYPERTHERMIE MALIGNE

Auteurs : Touaibia Maha, Dridi Amira, Boukadida Farah, Ouerghi Sonia, Mestiri Taher

Service : HOPITAL MAMI ARIANA / SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION

Introduction : L'Hyperthermie maligne (HM) est une maladie pharmacogénétique autosomique dominante rare. Nous rapportons le cas d'une hyperthermie maligne atypique induite par le sevoflurane

Cas clinique : Un patient âgé de 50 ans ASA I admis pour prise en charge d'un pneumothorax droit sur poumon pathologique, programmé pour avivement pleural. Le jour de l'intervention, Après oxygénation du malade par un circuit contenant du sevoflurane, le malade a présenté un torticolis avec trismus associé à des signes neurovégétatives à type d'hypersudation, une tachycardie sinusale, une hypoxie et une hypercapnie sans hyperthermie initialement. La gazométrie a montré une acidose mixte sans élévation des lactates. Le bilan biologique a révélé une rhabdomyolyse. Le reste du bilan est revenu normal. Le diagnostic de l'HM a été suspecté ; La conduite était de purger le circuit du ventilateur, l'intubation orotrachéale avec hyperventilation mécanique, la mise en place d'un cathéter centrale et d'une sonde vésicale et thermique avec hyperhydratation par du sérum salé. Le monitoring continu a été fait sur le tracé de l'EKG, la pression artérielle invasive, l'oxymétrie, capnographie et la température intra œsophagienne et la diurèse. Un bilan biologique et une gazométrie ont été prélevés tout es les 6heures. Le dantrolène à dose de 2,5 mg/kg a été administré avec une bonne évolution clinique gazométrique et biologique. L'intervention chirurgicale a été reportée et le malade a été transféré en unité de réanimation. L'extubation a été faite à h6 après normalisation de son état respiratoire et hémodynamique, et le bilan biologique s'est normalisé au bout des premières 24h. Le patient est sorti de la réanimation après 48h de surveillance. Il a été adressé au service de pharmacovigilance et de génétique pour confirmation et prise en charge familiale. Une enquête génétique familiale élargie a été réalisée montrant un parent suspect. L'examen génétique de confirmation adressé en France est en cours.

Conclusion : Le défi dans la prise en charge de l'HM est triple : le diagnostic devant les formes frustes et absence d'enquête génétique (gène RYR1) ou de Vitro Contracture Tests en Tunisie, le traitement par le dantrolène qui n'est pas toujours disponible dans nos structures hospitalières, l'utilisation de respirateur mal purgé des agents halogénés.

P 218 : LES HYPERLACTATÉMIES INDUITES PAR LES B2 MIMÉTIQUES AU COURS DE L'ASTHME AIGU GRAVE : INCIDENCE, FACTEURS DE RISQUE ET IMPACT

Auteurs : Yosri Ben Ali, Oussama Jaoued, Wael Chemli, Rim Chelbi, Rim Gharbi, Mohamed Fekih Hassen, Habiba Ben Sik Ali, Souheil El Atrous

Service : Service de réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia

Introduction : La prise en charge de l'asthme aigu grave (AAG) est basée sur un trépied de traitement incluant les bronchodilatateurs, les corticoïdes et l'oxygénothérapie. Le recours à la nébulisation continue dans cette situation peut être à l'origine de plusieurs complications parmi lesquelles les hyperlactatémies. Cette dernière serait la conséquence d'une accélération de la glycolyse. Peu d'études sont réalisées pour déterminer les conséquences de cette hyperlactatémie sur le pronostic du patient

Objectif : Déterminer, l'incidence, les facteurs de risques et l'impact d'une hyperlactatémie induite par les $\beta 2$ mimétiques au cours de l'asthme aigu grave.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 4 ans (2015 - 2018). Nous avons inclus tous les patients âgés plus de 18 ans et hospitalisés au service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia pour AAG. Nous avons exclu les patients ayant un état de choc, une atteinte hépatique sévère et une hypoxémie sévère. Les paramètres recueillis étaient : Les données démographique, le traitement de fond, la présence de l'hyperlactatémie à l'admission et au cours du séjour, le recours à la ventilation mécanique, la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique et la mortalité.

Résultat : Durant la période de l'étude, 43 patients d'âge moyen de 40 ± 13 ans ont été admis en réanimation. La moyenne du score SAPSII était de 25 ± 12 . La co-morbidité la plus fréquente était le diabète (9% des cas) et 28% avaient des antécédents d'hospitalisation en réanimation pour AAG. Trente-cinq pourcent des patients étaient ventilés mécaniquement dès l'admission. L'administration des Béta 2 mimétiques par voie intraveineuse était associée à la voie inhalée dans 14% des cas. La médiane de la durée de séjour était de 5 jours [4,10]. L'incidence d'une hyperlactatémie secondaire aux $\beta 2$ mimétiques était de 52% des cas. Les facteurs de risques de l'hyperlactatémie étaient : l'administration par voie continue et l'association de la voie nébulisée à la voie continue. L'hyperlactatémie a entraîné une diminution des doses dans 58% des cas et l'arrêt des Béta 2 mimétiques dans 11% des cas. En comparant le groupe "hyperlactatémie" contre le groupe "absence d'hyperlactatémie", il n'y avait pas de différence significative concernant la dose de $\beta 2$ mimétiques prescrite. Le pH était significativement plus bas dans le groupe "hyperlactatémie" : $7,31 \pm 0,11$ Vs $7,35 \pm 0,77$ ($p=0,02$). Le recours à la ventilation mécanique était similaire entre les deux groupes. La durée de séjour était plus longue dans le groupe "hyperlactatémie" ($7 [4 - 12]$ Vs $4 [7 - 8]$ $p=0,02$).

Conclusion : L'incidence d'une hyperlactatémie suite aux nébulisations de $\beta 2$ mimétiques est fréquente s. Elle était associée à une durée de séjour plus prolongée.

P 219 : ACCIDENTS HEMORRAGIQUES AUX AVK ETUDE CAS TEMOIN A PROPOS DE 200 PATIENTS

Auteurs : *Z.GHOUMMID,N.TAJELIJITI ,M.ELKAOURI.M.KHALLOUKI

Service : Service des urgences et unité de soins intensif CHU MOHAMMED VI Marrakech.

Introduction : Les antivitamines K (AVK) sont des médicaments anticoagulants utilisés par voie orale. Ils permettent de prévenir la survenue d'événements thromboemboliques dans de nombreuses situations prothrombogènes, toutefois ils peuvent causer plusieurs complications, les accidents aux AVK restent les plus graves.

Objectif : Le but de ce travail est de déterminer l'épidémiologie des accidents hémorragiques aux AVK ainsi que de ressortir les caractéristiques des patients qui ont présenté cette complication grave.

Méthode : Il s'agit d'une étude cas témoin (descriptive, rétrospective), réalisée au service des urgences et unité de soins intensifs de l'hôpital IBN TOFAIL de Marrakech, étalée sur une année de septembre 2018 à septembre 2019. Les patients ayant eu un accident hémorragique sous AVK constituent le groupe des cas, alors que le groupe témoin est composé de patients recevant des AVK et n'ayant pas présenté d'hémorragie. Les paramètres étudiés étaient les antécédents, l'indication de l'AVK, l'ancienneté de sa prescription et les traitements associés ainsi que taux de l'INR au moment de l'accident et celui d'hémoglobine, bilan rénal et hépatique.

Résultat : Parmi les 200 patients, 30 (15%) ont présenté un accident hémorragique. L'âge moyen de ces derniers patients est de $52,7 \text{ ans} \pm 1,9$ ans. L'âge de la majorité (103 cas) des patients qui sont sous AVK varie entre 41 et 60 ans. Le sexe ratio est de 1.14. La surcharge pondérale figure comme le principal facteur de risque cardiovasculaire retrouvée chez 69 patients soit un pourcentage de 33%. L'HTA est en seconde position, retrouvée chez 57 patients (28%). 43 patients sont diabétiques soit un pourcentage de 21%. Les indications de la mise sous antivitamines K étaient : valvulopathies (42%), ACFA (33%), cardiomyopathie (4%). La durée moyenne du traitement était de $4,5 \text{ ans} \pm 1,5$ ans. 67% des cas étaient sous au moins 3 traitements associés, 43% prenaient un traitement interagissant avec l'Acénocoumarol (le seul AVK utilisé chez nos patients. La majorité des cas étaient en surdosage (26 cas) avec un INR entre 3.5 et 7.9, alors que 4 cas seulement avaient un INR dans les marges (entre 2.5 et 3). On a calculé le débit de filtration glomérulaire (DFG) par la formule MDRD DFG >60% chez 94% et DFG <60% chez 6%. Le score HAS-BLED des patients au moment de l'accident hémorragique indique que 23.33% des cas avaient un risque élevé d'hémorragie. Le site le plus fréquent des hémorragies était le tractus gastro-intestinal (9 cas soit 23% des saignements) suivi par l'épistaxis (21%) et l'hématurie (10%). La mauvaise observance du traitement était la principale cause des saignements, retrouvée chez 39% des cas.

Conclusion : Les AVK sont les traitements antithrombotiques de longue durée de référence. Le respect des indications par les praticiens, la connaissance des principaux facteurs de risque de saignement, ainsi que l'éducation du patient permettent une optimisation du rapport bénéfice /risque.

P 220 : FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE SURDOSAGE EN AVK AU SERVICE DES URGENCES DE MAHDIA

Auteurs : I.Dlala*, N.Jerbi, S.Betout, M.Bchir, L.Abdelhak, A.Sghaier, W.Kerkeni, S.Marghli

Service : Service des urgences et de SMUR, Taher Sfar Mahdia

Introduction : les antivitamines K (AVK), traitement anticoagulant oral le plus largement prescrit, posent un réel problème de santé publique du fait de leur risque iatrogène.

Objectif : Le but de notre étude est de déterminer les facteurs prédictifs de surdosage en AVK au service des urgences de l'hôpital Tahar Sfar de Mahdia.

Méthode : Etude observationnelle prospective monocentrique réalisée à l'Hôpital Tahar Sfar de Mahdia entre Janvier et Septembre 2019. On a inclus tout patient âgé de plus de 18 ans, sous AVK consultant aux urgences. Pour tout patient inclus, les données démographiques, cliniques et thérapeutiques ont été collectées ainsi que le traitement instauré par le praticien en cas de surdosage et l'issue du patient. Les patients ont été divisés en deux groupes : groupe surdosage et groupe non surdosage. La comparaison entre les deux groupes a été réalisée à l'aide d'une analyse univariée dans un premier temps, puis une analyse multivariée par régression logistique.

Résultat : Sur une période de dix mois nous avons inclus 253 patients qui ont consulté aux urgences alors qu'ils sont traités par AVK. Parmi ces patients, 110 ont un surdosage biologique aux AVK soit 43.5 % des patients. L'âge moyen est de 67 ± 13 ans (de 18 à 103 ans), le sex-ratio est de 0.5 (87 hommes, 166 femmes). L'indication du traitement anticoagulant été surtout la fibrillation auriculaire (69%). Les résultats de l'analyse univariée sont représentés sur le tableau D'après l'analyse multi variée, 3 facteurs sont associés à la survenue de surdosage par les AVK : l'existence d'une valvulopathie et le traitement par cordarone ou IPP

Conclusion : le surdosage en AVK est fréquent chez les patients qui consultent aux urgences. Parmi les facteurs de risque il y a la présence d'une valvulopathie, le traitement par cordarone et par IPP.

	Groupe surdosage N=110	Groupe non surdosage N= 143	p
Age moy (± DS)	68.6 (±11.7)	66.5 (±14.4)	0.2
Sexe F (%)	59.1	70.6	0.05
Condition socio économiques favorable n (%)	53.6	51	0.6
ATCDs n(%)			
Hypertension artérielle	62.7	60.2	0.7
Diabète	37.3	37.8	0.9
Coronaropathie	12.7	8.4	0.2
IRC	8.2	5.6	0.4
Indication des AVK n(%)			
Trouble de rythme	70.9	67.8	0.5
Valvulopathie	14.5	21.7	0.1
Durée de traitement par AVK < 6 mois	11.2	18.2	0.1
Patient éduqué n(%)	19.1	27.3	0.1
Traitement associés n(%)			
Aspirine	10.5	10	0.9
Plavix	1.8	0.7	0.4
Cordarone	13.6	5.6	0.02
Statine	21.8	15.4	0.18
IPP	15.5	7.7	0.05

P 221 : LE SYNDROME DE LYELL À PROPOS DE 05 CAS

Auteurs : bouidir Y, makoudi M, el kadadra M, elhamzaoui H, aboulhassan T

Service : service d'accueil des urgences vitales, CHU mohamed VI Résumé :

Introduction : Le syndrome de Lyell est la plus grave des toxidermies. Son incidence est faible, mais avec une mortalité élevée. Les médicaments le plus souvent incriminés sont les sulfamides, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les anticonvulsivants et l'allopurinol. Ils doivent impérativement être notifiés à la pharmacovigilance.

Objectif : L'objectif de ce travail est de déterminer les particularités épidémiologiques cliniques, paracliniques, les moyens thérapeutiques, la morbi-mortalité liée à ce syndrome et l'intérêt de la déclaration à la pharmacovigilance.

Méthode : Il s'agit une étude rétrospective, portant sur 5 cas de syndrome de Lyell, pris en charge de janvier 2013 au décembre 2017, au niveau SAUV Marrakech .

Résultat : L'âge moyen était de 43 ans avec des extrêmes allant de 36 à 70 ans. Les médicaments incriminés étaient l'acide acétylsalicylique, le phénobarbital, le Cotrimoxazole, le diclofénac et Le Phénobarbital .Tous les patients avaient une atteinte muqueuse et ophthalmique. Une seule patiente avait présentée une détresse respiratoire. La prise en charge comportait un traitement symptomatique exclusif dans tous les cas, avec soins des lésions cutanées. Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 2 patients. Tous les patients avaient nécessité une antibiothérapie à large spectre devant La pneumopathie (3 cas), la bactériémie (2 cas), et l'infection liée au cathéter dans (1 cas) étaient les principales infections. Les germes incriminés étaient L'E.Coli (2cas), l'Acinetobacter Baumannii (2cas), le Pseudomonas Aeruginosa (1cas), et le Staphylococcus (3 cas). L'évolution était mortelle chez 2 patients, le plus souvent dans un tableau de défaillance multiviscérale.

Conclusion : Le traitement reste essentiellement symptomatique, analogue à celui des brûlures graves. Tout l'espoir repose actuellement sur les immunoglobulines intraveineuses, mais un consensus est nécessaire pour la mise en place d'un protocole clair et pratique .

P 222 : DRESS SYNDROME SECONDAIRE AU PHÉNOBARBITAL : OBSERVATION D'UN CAS

Auteurs : N .Baccouch ; S. Bradaii* ; M. Yousfi ; O.Turki ; H.Celly; M. Bahloul ; M. Bouaziz

Service : Service de réanimation polyvalente , CHU Habib Bourguiba ,Sfax

Introduction : Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) est une forme grave de toxidermie qui associe des manifestations cutanées et une atteinte systémique dont la plus fréquemment observée est l'atteinte hépatique sous forme d'une nécrose hépatocellulaire. Les antiépileptiques, notamment la phénytoïne, la carbamazépine et le phénobarbital ainsi que les sulfamides, l'allopurinol sont les médicaments les plus impliqués dans ce syndrome.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 54 ans transféré du service de neurochirurgie pour détresse respiratoire. Le patient était opéré il y a 3 semaines pour une tumeur cérébrale et il a été mis en post opératoire sous gardénaïl avec des suites post opératoires favorables. Le patient développe secondairement une détresse respiratoire nécessitant son transfert dans notre service. Le patient était polypneux hypoxique, avec encombrement bronchique associé à une éruption cutanéomuqueuse généralisée, longue rouge, desquamation au niveau du visage. Une allergie médicamenteuse a été suspectée d'où l'arrêt du gardénaïl. Le patient a bénéficié initialement de VNI mais avec échec d'où il était trachéotomisé d'emblée devant l'atteinte importante des muqueuses. Avec à la biologie une hyperleucocytose associée à une hyperéosinophilie à 1200 éléments/L et une cytolysé hépatique 100 fois la normale CRP 130 Radiothorax : foyer basal gauche PTD : Pseudomonas Aureuginosa Le patient était mis sous Tienam et Gentamycine. Devant l'éruption cutanéomuqueuse, l'hyperéosinophilie et la cytolysé hépatique le diagnostic de syndrome de DRESS secondaire au phénobarbital était retenu, le patient était mis sous corticothérapie à la dose de 1mg/kg.

Conclusion : Le syndrome DRESS est une maladie iatrogène dont le diagnostic est retardé en raison d'un long intervalle entre l'introduction du médicament incriminé et l'apparition des symptômes. Il est donc important de le reconnaître et d'arrêter le médicament responsable le plus rapidement possible.

P 223 : PROPOFOL INFUSION SYNDROME

Auteurs : A.Harzali, MS.Mtir, H.Daami, R.BenRhaïem, A.Bouhleb, A.BenNaceur, R.Chrigui, A.Chaouch, W.Naija

Service : Service d'anesthésie et réanimation Sahloul

Introduction : Le propofol est un hypnotique utilisé en anesthésie et réanimation pour la sédation. Son utilisation risque des complications notamment le syndrome de perfusion continue de propofol, qui est rare mais mortel. Sa suspicion passe par la connaissance des manifestations clinico-biologiques.

Cas clinique : Patient âgé de 34 ans, antécédents d'hépatite virale B, admis pour prise en charge post opératoire d'une craniotomie chez un neuroagressé par arme blanche avec un corps étranger en intra cérébral. La chirurgie est passée sans incident, puis malade transféré en réanimation, intubé, ventilé, sédaté par propofol et rémifentanyl. H36, première tentative d'arrêt de sédation, apparition d'un état d'agitation ayant conduit à une IRM cérébrale, montrant un AVC ischémique avec LAD, dans la suite apparition d'une PAVM, mis sous Tazo, Amiklin et resédation par propofol et ultiva. J6 d'hospitalisation, constatation des urines verdâtres concomitante avec une baisse de la fréquence cardiaque, une acidose métabolique avec lactate à 1.9, cytolysé hépatique 10 fois la normale et rhabdomyolyse, hyperlipémie CT à 3, donc le diagnostic de syndrome de perfusion de propofol a été retenu. Arrêt immédiat du propofol et switch par kétamine et hydratation par sérum physiologique. L'évolution a été marquée par la disparition de l'acidose, de cytolysé ainsi que la rhabdomyolyse avec un pH urinaire normal, sans recours à l'alcalinisation, après 2 jours, sans modification du rythme cardiaque. Arrêt de la sédation 48h après ce syndrome, il a repris son état de conscience. Malgré que les doses n'étaient pas au delà de 2.5mg/kg/h et la discontinuité de perfusion de propofol le syndrome de perfusion reste toujours possible, alors qu'une dose au delà de 3 mg/kg/h est décrite dans la littérature, un cas a été rapporté chez une jeune femme de même âge au antécédent d'hépatite virale et a dose de 1.5mg/kg/h.

Conclusion : Le syndrome d'intoxication au propofol est rare, souvent de bon pronostic avec récupération ad integrum à l'arrêt, cependant la mortalité reste possible d'où la nécessité de surveillance stricte des urines et la fréquence cardiaque chez les patients sédatisés ainsi qu'éviter l'utilisation prolongées.

P 224 : PANCREATITE AIGÛE IATROGÈNE LIÉE A LA VANCOMYCINE : À PROPOS D'UN CAS.

Auteurs : Guissouma J, Ksouri M*, Ben Ali H, Ghadhoun H, Brahm H, Garbaa Y, Houli R, Kamoun S, Samet M, Souissi S.

Service : Service de réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

Introduction : La vancomycine est connue par sa néphrotoxicité et ototoxicité. Il a été démontré qu'elle avait également une toxicité sur le pancréas peu décrite dans la littérature. Nous présentons un cas de pancréatite aigüe iatrogène liée à la vancomycine.

Cas clinique : Une patiente âgée de 31 ans, G4P3A1, 2 enfants vivants, sans antécédents pathologiques notables, a été admise dans notre service pour état de choc septique d'origine gynécologique (post IVG instrumentale sous anesthésie générale en ville) compliquée d'une CIVD biologique et d'une défaillance multi viscérale. Une TDM abdominopelvienne était sans anomalies à l'admission. La conduite à tenir était de mettre la patiente sous amines vasoactives et antibiothérapie à large spectre à base de vancomycine, ciprofloxacine et augmentin. Le prélèvement bactériologique gynécologique était positif à Streptocoque bêta hémolytique. L'évolution initiale était favorable avec sevrage des drogues vasoactives à J3. A j5 d'hospitalisation (soit à J5 d'antibiothérapie), la patiente a présenté des épigastralgies avec des nausées et vomissements. L'amylasémie et la lipasémie étaient élevées à 10 et 7 fois la normale respectivement sachant que

le bilan pancréatique initial était normale. Le diagnostic de pancréatite aigüe stade A a été confirmée par une TDM abdominale. Une lithiase vésiculaire et une dyslipidémie étaient éliminées ainsi nous avons retenu le diagnostic de pancréatite aigüe iatrogène secondaire à la vancomycine. L'évolution était marquée par l'amélioration clinique et biologique suite à l'arrêt de la vancomycine : régression des douleurs et vomissements avec amélioration du bilan pancréatique jusqu'à la normalisation à J4 d'arrêt du traitement incriminé. La patiente est sortie à domicile à J11 d'hospitalisation.

Conclusion : Le diagnostic de pancréatite aigüe doit être évoqué chez tout patient sous vancomycine présentant une symptomatologie digestive. Le monitoring du bilan pancréatique des patients sédatisés ne pouvant pas s'exprimer recevant cette antibiothérapie est impératif afin de détecter précocement cette complication.

P 225 : APLASIE MÉDULLAIRE SECONDAIRE AU THYROSOL COMPLIQUÉE DE SDRÀ SÉVÈRE : OBSERVATION D'UN CAS

Auteurs : N. Baccouch ; S. Bradaii* ; M. Yousfi ; O. Turki ; H. Celly ; M. Bahloul ; M. Bouaziz

Service : Service de réanimation polyvalente, CHU Habib Bourguiba, Sfax

Introduction : L'atteinte infectieuses pulmonaire est la plus fréquente chez les immunodéprimés avec une mortalité plus élevée que chez l'immunocompétent. Les causes d'aplasie médullaire sont multiples Elle peut être constitutionnelle comme elle peut être acquise suite à une infection ou exposition à un agent toxique. Le thyrosol est un antithyroïdien de synthèse, des cas d'agranulocytoses liés aux antithyroïdiens de synthèse ont été décrits dans la littérature.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une aplasie médullaire secondaire au thyrosol compliqué de SDRÀ sévère. Il s'agit d'une patiente âgée de 40 ans aux antécédents d'hyperthyroïdie dont le traitement a été arrêté aux cours de sa dernière grosse et repris il y a 2 mois. Son HDM remonte à une semaine avant son admission au service d'hématologie pour complément de prise en charge d'une pancytopenie fébrile. Elle présentait une asthénie, fièvre avec toux sèche Elle a consulté aux urgences un bilan biologique était réalisé qui a objectivé : NFS : 150 éléments de globule blanc, une anémie normochrome normocytaire à 8 g/dl et thrombopénie à 25000 et une CRP : 356 mg/l avec à la radiographie thoracique un syndrome bronchique. La patiente était adressée au service d'hématologie où elle a été hospitalisée et mise sous Tazocilline, Tavanic, Gentamycine avec injection de Neutromax. La patiente s'était aggravée sur le plan respiratoire avec installation d'état d'agitation. Elle était transférée dans notre service et intubée ventilée d'emblée avec installation d'un état de choc nécessitant sa mise sous noradrénaline. Elle avait bénéficié d'une ponction sternale et une biopsie ostéoméduleuse : une moelle désertique, aspect en faveur d'une aplasie médullaire. Une enquête étiologique d'aplasie médullaire faite s'est révélée négative. Donc la toxicité du thyrosol était incriminée dans cette aplasie médullaire. La patiente continue à se dégrader sur le plan respiratoire malgré une antibiothérapie à large spectre : une hypoxie profonde, un rapport PaO₂/ FiO₂ < 100, des images alvéolo-interstitielles extensives bilatérales à la radiographie thoracique. Elle était curarisée et mise en décubitus ventrale. Mais l'évolution était défavorable, avec installation d'une défaillance multi viscéral et décès de la patiente.

Conclusion : La toxicité hématologique des antithyroïdiens de synthèse est rare mais potentiellement grave. Elle expose le patient aux maladies infectieuses graves. Donc une bonne éducation du patient ainsi une surveillance clinico-biologique des patients s'impose.

P 226 : SYNDROME DES LOGES SPONTANÉ COMPLIQUANT UN SURDOSAGE EN AVK: QUEL TRAITEMENT?

Auteurs : N. Kaouak, S. Othmani, R. Hamed, M. Bchir, N. Oueslati, R. Ben Kaddour, M. Ellouz, M. Khaskhoussi

Service : Service des urgences de l'hôpital Charles Nicolle

Introduction : Les antivitamines K (AVK) sont utilisés dans la prévention des accidents thromboemboliques et sont l'une des thérapeutiques les plus efficaces. Cependant leur maniement est délicat. Nous rapportons un cas de surdosage en AVK compliqué d'un syndrome des loges spontané.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 69 ans, aux antécédents de remplacement valvulaire sous Sintrom, insuffisance rénale chronique, diabète et hypertension artérielle. Il a consulté nos urgences pour œdème unilatéral du membre inférieur droit. A l'interrogatoire, notion de prise d'AINS pour abcès dentaire. A l'examen initial, le patient ne présentait pas de détresse vitale. Sur le plan local, un œdème du membre inférieur avec induration et chaleur de la face postérieure de la jambe droite, pas de déficit sensitivomoteur, le pouls pédieux présent. L'abdomen souple dépressible indolore et au toucher rectal les selles étaient normocolorées. Une échographie du membre inférieur a montré un hématome sans thrombose. Une angioTDM a confirmé la présence d'un hématome de la loge postérieure de la jambe droite sans saignement associé. A la biologie: Hb=9g/dl, CPK=800 UI/l.

Ionogramme et bilan hépatique normaux. TP initial était hors plage de mesure. Une antagonisation par du PPSB a été entamée, et le patient a été mis par la suite sous HNF au PSE devant le risque de thrombose de la valve aortique. L'évolution a été marquée par la baisse de l'INR ainsi que la régression de l'hématome sans recours à la chirurgie de décharge.

Conclusion : Le traitement de syndrome des loges, dans ce cas, a été basé sur l'antagonisation des AVK sans recours à la chirurgie avec évolution favorable. La bonne éducation des patients sous AVK semblent être primordiale pour prévenir ces complications.

P 227 : A FATAL ISCHEMIC COLITIS FOLLOWING CHLORPROMAZINE USE - A CASE REPORT

Auteurs : K.Bouchaala*, R.ammar, H.kallel,S.Bradai, C.ben hamida,M.Bahloul M.bouaziz

Service : CHU Habib Bourguiba service de réanimation médicale

Introduction : Ischemic colitis represents the most common form of intestinal ischemia. Many drugs have been associated with ischemic colitis including antibiotics, anti-inflammatory drugs, vasopressors, cytotoxic agents, and neuroleptics. In the last case, the underlying mechanism is believed to involve blockage of peripheral anticholinergic and antiserotonergic receptors leading to severe gastrointestinal hypomotility.

Cas clinique : We report the case of a 26-year-old female taking neuroleptic treatment (chlorpromazine:75mg/day) for an unspecified bipolar disorder and admitted in gastrology department for abdominal pain, and proctalgia. She was sequentially prescribed ciprofloxacin and metronidazole. Her medical history was significant. Two months prior to admission, she started complaining of low grade fever, abdominal pain, constipation and worsening tenesmus, and proctalgia one week after increasing in chlorpromazine to 100mg/day. She was sequentially prescribed ciprofloxacin, cotrimoxazol and metronidazole without significant clinical improvement. Her investigation included an abdominal computed tomography (CT), showing thickening of the rectum and sigmoid with fat stranding, and a colonoscopy revealing hyperemia, edema, erosions and ulceration continuously involving the rectum and proximal sigmoid. The anatomopathologic examination showed severe erosions and ulcerations of the epithelium, compatible with an ischemic event. There were no granulomas or signs of infectious disease, and immunocytochemistry for CMV and herpes simplex virus were negative. After exclusion of infectious, autoimmune and thrombophilic diseases, we assumed a presumptive diagnosis of ischemic colitis secondary to neuroleptics. The patient was transferred to our intensive care unit (ICU) for a multi-organ failure. However, her condition deteriorated rapidly. She developed refractory shock with acute kidney injury and resistant metabolic acidosis. Although intensive treatment and multidiscipline management, the patient did not respond and she died 12 hours after her ICU admission .

Conclusion : This case underlines the need for formal prevention and careful monitoring of gastrointestinal function in neuroleptics treated subjects. Patients and their relatives must learn how to recognize early symptoms of bowel inflammation and/or obstruction. This observation underscores also the importance of an early diagnosis and treatment to obtain a good recovery.

P 228 : COAGULATION INTRAVASCULAIRE DISSÉMINÉE FOUDROYANTE RÉVÉLATRICE D'UNE LEUCÉMIE AIGUE MYÉLOÏDE : À PROPOS D'UN CAS

Auteurs : Maher Arafa*, Manel Kallel, Emna Kallel, Amal Jbali, Mehdi ben Lassoued, Mounir Hagui, Khaled Lamine

Service : Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, service d'accueil des urgences

Introduction : Les leucémies aiguës myéloïdes (LAM) représentent 1 % des cancers. Les signes cliniques révélateurs sont soit en rapport avec la masse tumorale soit en rapport avec l'insuffisance médullaire. Le syndrome hémorragique cutané et muqueux constitue un signe de gravité immédiate.

Cas clinique : Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 55 ans sans antécédents pathologiques notables, qui a consulté nos urgences pour asthénie profonde avec dyspnée et une altération de son état général. Cette symptomatologie évoluait depuis 4 jours avec notion d'un épisode de gingivorragie paroxystique et de méléna. A l'examen, le patient était pale. Il avait des taches ecchymotiques au niveau du palais à l'examen de la gorge, des taches purpuriques au niveau du tronc et des ecchymoses au niveau du cou étendu jusqu'au thorax. On a noté également plusieurs adénopathies cervicales et inguinales de l'ordre de 2 cm de grand axe. Le patient était apyrétique avec une glycémie correcte. Sur le plan respiratoire il était polyénuic à 26 cycles par minute avec des signes de lutte mais avec une saturation périphérique correcte de 97 % à l'air ambiant. Sur le plan hémodynamique, la pression artérielle systolique était de 88 mmHg, la diastolique de 50 mmHg avec une fréquence cardiaque à 106 battement par minute.

L'abdomen était sensible avec au toucher rectal présence de méléna. Le taux d'hémoglobine à l'hémocue était de 7 g/dl. La numération formule sanguine a montré des globules blancs à 266 el/mm³ avec une anémie à 7 g/dl et une thrombopénie à 43 el/mm³. Le bilan d'hémostase était perturbé avec un taux de prothrombine spontanément bas à 26% et un TCA allongé. Le frottis sanguin a révélé 84% de blastes. On a retenu alors le diagnostic d'une leucémie aiguë myéloïde compliquée de CIVD massive. L'évolution était fatale.

Conclusion : Les leucémies sont des urgences diagnostique et thérapeutique. Le diagnostic est suspecté sur la traduction clinique d'une complication (altération de l'état général, syndrome hémorragique, état infectieux) amenant à la réalisation d'hémoGRAMME. Le syndrome de CIVD constitue un élément de gravité.



P 229 : BILAN ÉTIOLOGIQUE NÉGATIF D'ÉPIGASTRALGIES : PENSER AU SYNDROME DE LIGAMENT ARQUÉ MÉDIAN.

Auteurs : Maher Arafa*, Manel Khakhoussi, Emna Kallel, Amal Jbali, Mehdi ben Lassoued, Mounir Hagui, Khaled Lamine

Service : Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, service d'accueil des urgences

Introduction : le syndrome du ligament arqué médian est une pathologie rare. Le tableau clinique comporte un amaigrissement avec des épigastralgies paroxystiques des nausées et des vomissements. Ces symptômes sont variables, vagues et surtout peu spécifiques.

Cas clinique : Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 57 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle, diabète type 2 au stade de complications dégénératives et une insuffisance rénale chronique au stade d'hémodialyse. Le patient a consulté nos urgences pour douleur abdominale à prédominance épigastrique avec vomissements incoercibles. Symptomatologie évoluant depuis 24 heures sans notion du trouble du transit ni de fièvre. Par ailleurs le patient a rapporté des épisodes similaires depuis deux ans avec amaigrissement non chiffré. Il a consulté à plusieurs reprises, et mis sous traitement symptomatique devant une échographie abdominale et une fibroscopie digestive revenues sans anomalies. L'examen à nos urgences, trouvait un patient maigre, EVA à 8/10, apyrétique, stable sur

le plan respiratoire, hémodynamique et neurologique. L'abdomen était souple dépressible avec une sensibilité épigastrique. La Glycémie capillaire était de 1,28g. L'ECG montrait une hypertrophie ventriculaire gauche électrique. Le bilan biologique est revenu sans anomalies : pas de cytolysse, la lipasémie était normale, pas de syndrome inflammatoire biologique ni acidose métabolique, les lactates étaient à 0,8 et les troponines étaient négatifs. Devant la non amélioration des épigastralgies sous traitements symptomatique, le patient a bénéficié d'une fibroscopie digestive revenue sans anomalies. Une origine vasculaire des épigastralgies était alors évoquée. On a complété par un angioscanner abdominal montrant la présence d'un ligament arqué médian sténosant. Le syndrome de ligament arqué était retenu. Le patient a été transféré au service de chirurgie viscérale où il a été opéré avec une bonne évolution clinique.

Conclusion : les épigastralgies constituent un défi diagnostique. Le diagnostic du syndrome de compression du tronc coeliaque par le ligament arqué est rarement évoqué comme étiologie probable. Le diagnostic repose sur la tomодensitométrie abdominale. La chirurgie constitue le traitement de choix.



P 230 : L'ASSOCIATION PANCRÉATITE AIGÜE ET SYNDROME CORONAIRE AIGU : À PROPOS D'UN CAS

Auteurs : N.Zaouak*, M.Bchir , A.Ben kaddour, A.Zoubli, H.Hedhli , A.Maaref, M.Ellouze, R.Hamed

Service : Service des urgences, hôpital Charles Nicolle

Introduction : La pancréatite aiguë est une pathologie fréquente. Son association à un syndrome coronaire aigu a été décrite mais reste rare. Une des explications avancées a été la survenue d'un SIRS pouvant engendrer un IDM de type 2 ou myocardial injury

Cas clinique : Nous rapportons le cas de Monsieur M.H âgé de 65 ans, aux antécédents de : diabète de type 2, cholecystectomie, fibrillation auriculaire et cardiomyopathie dilatée, qui a consulté nos urgences pour douleurs thoraciques et épigastriques évoluant depuis 5 heures. A l'examen initial : l'EVA était égale à 9/10, le patient était stable sur le plan hémodynamique. Eupnéique. L'abdomen était souple dépressible avec légère sensibilité épigastrique. Par ailleurs, il n'avait pas de fièvre ni d'ictère. A l'ECG: FA lente à 75bpm, sus décalage en AVR et sous décalage en antérieur A la biologie: GB=11000/mm³, CRP=162mg/l, troponines à 76ng/l. Pas de cytolysse hépatique. Le diagnostic de PA résiduelle stade D était retenu sur un scanner abdominal et chiffre de lipase augmenté à 1200U/L. Le patient a bénéficié d'une titration par chlorhydrate de morphine. Devant la persistance de la douleur, il a été hospitalisé au service de chirurgie pour surveillance. Une revascularisation urgente n'a pas été entamée devant le diagnostic d'IDM de type 2 retenu. Toutefois, le patient a été orienté en cardiologie pour exploration ultérieure.

Conclusion : L'association entre PA et SCA est rare mais l'urgentiste peut être confronté à cette situation. Il doit employer des stratégies de diagnostic et de raisonnement clinique en concertation avec une équipe multidisciplinaire pour optimiser le traitement sans être délétère

P 231 : HIGH-SENSITIVITY TROPONIN IN ACUTE CORONARY SYNDROME: PREDICTION OF SIGNIFICANT CORONARY LESIONS

Auteurs : H.GNENA*; E.Allouche;A.Rkik;A.Ben Salem; H.Ben Ahmed; L.Bazdeh

Service : hôpital Charles Nicole service de cardiologie

Introduction : High-sensitivity cardiac troponin assays are established as crucial tools for the diagnosis of acute myocardial infarction. However, rare studies have investigated the correlation between troponin levels and severity of coronary disease.

Objectif : The objective of this work is to find relationship between troponin levels and coronary lesions

Méthode : Our patients were admitted in the cardiology department over 12 months period (January-December 2018) with the diagnosis of non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI). The troponin assay is performed on admission and then every 3 to 6 hours during the first 24 hours. the coronarography was performed during the hospitalization. Patients with factors that may increase troponin levels have not been included. Significant coronary lesions was defined as a stenosis 50% of the luminal diameter, with need for revascularization. We compared the troponin levels and angiographic data using the "t" student test or ANOVA test. Statistical significance was set at 5%.

Résultat : In our study, 103 patients were included with 73 men and 23 women. The mean age was 61+/-10. Seventeen point five (17.5%) of our patients suffered from coronary disease, 61,2% were smokers and 39% were diabetics. We have found a significant relationship between troponin levels and severe lesions in left coronary artery (p=0,004) but this is not the same for the other arteries. We didn't found also correlation with long lesion (p=0,144) calcification (p=0,116) or chronic thrombosis occlusion (p=0,219). We have found two patients with significant troponin level and without significant coronary lesion.

Conclusion : Our results are in part consistent with the literature data, hence the interest of larger studies to conclude on this subject.

P 232 : MYOCARDITE AIGUE COMPLIQUANT UNE POUSSÉE DE RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE : À PROPOS D'UN CAS

Auteurs : M. Abdeljelil, A. Aouam, I. Kooli, W. Marrakchi, C. Loussaief, H. Ben Brahim, A. Toumi, M. Chakroun

Service : Service des Maladies Infectieuses CHU Fattouma Bourguiba Monastir-Tunisie

Introduction : La myocardite aigue est une manifestation extradiigestive rare des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Nous rapportons le cas d'un patient hospitalisé au service des maladies infectieuses de Monastir pour une myocardite aigue au cours d'une poussée de recto-colite hémorragique.

Cas clinique : Il s'agit d'un homme âgé de 26 ans, ayant comme antécédent une recto-colite hémorragique (RCH), diagnostiquée un an auparavant et traitée par des immunosuppresseurs depuis trois semaines. Il se présentait aux urgences pour une fièvre, des diarrhées glairo-sanglantes et des vomissements. Les examens biologiques avaient mis en évidence une hyperleucocytose à 16900/mm³ et une CRP élevée à 351,9 mg/l. La coloscopie montrait un aspect de colite recto-sigmoïdienne en poussée modérée. Le diagnostic d'une poussée de RCH avec surinfection colique était retenu, une antibiothérapie par céfotaxime et gentamycine était démarrée. L'évolution était marquée par l'apparition d'une dyspnée et d'une douleur thoracique. L'ECG montrait un rythme régulier et sinusal, un axe QRS dévié à gauche, et un sous-décalage du segment ST en V4, V5, V6. Le dosage de la troponine revenait positif à 4,1 mg/l, les taux des CPK et des D-dimère étaient élevés à 2224 UI/L et 4210,7 mg respectivement. La gazométrie montrait une alcalose respiratoire aigue. Un angioscanner thoracique était demandé, montrant des réticulations interlobaires diffuses et bilatérales, des troubles ventilatoires bi-basaux et un épanchement pleural de faible abondance. L'échographie cardiaque montrait une hypokinésie diffuse. L'enquête infectieuse (hémocultures, les sérologies VIH, CMV, EBV et syphilis) revenait négative. Devant la détérioration rapide de l'état respiratoire, le patient était intubé et il est décédé dans un tableau d'insuffisance respiratoire compliquant une myocardite fulminante secondaire à une poussée de RCH.

Conclusion : La myocardite aigue peut être sévère avec évolution fatale. Il faut savoir y penser devant toute manifestation respiratoire au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

P 233 : DISSECTION SPONTANEE DES ARTERES CORONAIRES : A PROPOS D'UN CAS

Auteurs : H.Mhadhbi*, M.Arafa, K.Bensaad, R.Hammami, E.Kallel, K.Lamine.

Service : Service d'accueil des urgences de l'Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis (HMPIT).

Introduction : La dissection spontanée des artères coronaires est une cause rare et potentiellement mortelle du syndrome coronarien aigu. Elle survient essentiellement chez les sujets jeunes, principalement les femmes, sans facteurs de risque d'athérosclérose.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 30 ans sans facteurs de risque cardiovasculaires qui a consulté nos urgences pour des douleurs thoraciques rétrosternales constrictives paroxystiques évoluant depuis 24 heures. L'examen initial a objectivé un patient algique avec une EVA à 07/10. Par ailleurs il était stable sur le plan respiratoire, hémodynamique et neurologique. Nous avons suspecté un syndrome coronarien aigu. On a complété par un électrocardiogramme montrant un sus-décalage du segment ST en inférieur avec une image de miroir en latéral. On a administré un traitement médical à base d'héparine non fractionnée, une double anti-agrégation plaquettaire et une statine, puis nous avons acheminé le patient à la salle d'angiographie. L'exploration angiocoronarographique a montré une dissection de la coronaire droite. La décision des cardiologues était de traiter le patient médicalement. L'évolution était favorable. Un contrôle coronarographique à 6 mois était prévu.

Conclusion : Devant des douleurs thoraciques chez un sujet jeune sans facteurs de risque cardiovasculaire, le SCA peut ne pas être évoqué comme diagnostic initial. Lorsque le SCA est reconnu, l'angiographie coronarienne doit être effectuée immédiatement.

P 234 : HODJKIN ET DETRESSE RESPIRATOIRE : NE PAS MECONNAITRE L'ORIGINE CARDIAQUE !

Auteurs : A. Mehdi*, A.Trifi, H. Fazzeni, M. Tobbich, E. Seghir, F.Daly, Y. Touil, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal

Service : Service de réanimation médicale CHU la Rabta

Introduction : L'atteinte cardio-respiratoire au cours des lymphomes malins est rarement décrite en réanimation. Nous rapportons ci-dessous le cas d'un patient connu porteur d'un Lymphome malin Hodgkinien admis en USI pour détresse respiratoire dont l'origine cardiaque a été retenue.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 24 ans porteur d'un lymphome malin hodgkinien et de tuberculose ganglionnaire récemment diagnostiqués. Il s'est présenté en USI dans un tableau de détresse respiratoire (DR) évoluant depuis 1 semaine avec fièvre. A l'examen : des râles crépitants à l'auscultation, une SpO₂=74% à l'air ambiant, état hémodynamique stable ; température : 39°C. A la radio thorax : images alvéolaires bilatérales. A la biologie : ASAT : *10N ; ALAT : *20N, HB : 7.3 g/dl, GB : 2240 elm / mm³, PLQ : 102.000, Troponine : 1 µg/L, P/F : 160. Le Diagnostic de syndrome de détresse respiratoire aigue a été porté et le patient a été intubé et mis empiriquement sous Imipénème, Amikacine, Vancomycine, traitement antiviral et antituberculeux. Une enquête infectieuse exhaustive à été faite (Aspiration trachéale (AT), hémocultures, recherche de bacilles de Kock (AT), PCR pneumocystis (AT), antigénémie aspergillaire, sérologie H1N1) revenue négative. Devant ce contexte néoplasique, on a complété par un angio-scanner éliminant l'embolie pulmonaire avec mise en évidence de plages hyperdenses évoquant un œdème aigu du poumon. Une échographie cardiaque a confronté l'hypothèse scannographique montrant : une hypokinésie globale, une augmentation des pressions de remplissage, avec un épanchement péricardique.

Une myocardite a été suspectée. L'origine virale a été infirmée. L'IRM cardiaque n'a pas pu être faite défaut du plateau technique. Cette défaillance cardiaque pourrait être expliquée par une infiltration tumorale ou tuberculeuse du myocarde. A j 07, le patient a présenté un état de choc cardiogénique réfractaire avec une défaillance multi viscérale engendrant le décès.

Conclusion : L'origine cardiaque d'une détresse respiratoire chez un patient avec un LMH est une hypothèse à évoquer. Cette atteinte cardiaque se traduit par un épanchement péricardique, des lymphadénopathies et des lésions myocardiques. Son diagnostic en pré-mortem reste rare.

P 235 : EVALUATION DES CONNAISSANCES THEORIQUES ET PRATIQUES DES INFIRMIERS FACE A DES ESCARRES DANS UN MILIEU DE REANIMATION

Auteurs : R. Baccouche, KH. Zaouche, R. Boubaker, M. Kilani*, A. Mghirbi, Y. Yosra, A. Ben Hamida, M. Moudhaffer, H. Maghraoui, K. Majed

Service : Service des urgences La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : L'escarre est une lésion ischémique liée à une compression de la peau et des tissus mous au-dessus d'une saillie osseuse. Elle touche les sujets à faible mobilité et dénutri. Elle est souvent fréquente essentiellement dans les services de réanimation.

Objectif : évaluation des connaissances théoriques et pratiques des infirmiers face à un patient avec des escarres dans un milieu de réanimation

Méthode : étude prospective, descriptive et multicentrique (Service d'anesthésie – réanimation et de réanimation médicale aux Centres hospitalo-universitaire La Rabta, Habib Thameur, Monji Slim la Marsa, Charles Nicole et Taher Maâmouri Nabeul) qui s'est déroulée sur 7 semaines. Nous avons inclus les infirmiers exerçant dans ces services. Nous n'avons pas inclus les étudiants en stage, les infirmiers en congé et ceux ayant refusé de répondre au questionnaire. L'outil de recherche était un questionnaire dont les questions ont été inspirées des recommandations de la conférence de consensus « prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé » publiée en novembre 2002.

Résultat : Nous avons inclus 100 infirmiers dont 60% étaient des femmes avec 77% âgés de moins de 40 ans. Vingt cinq infirmiers (25%) exerçaient leur profession en réanimation depuis plus de 10 ans. Soixante et un infirmiers (61%) avaient soignés moins de 50 escarres au cours de l'exercice. seuls 27 infirmiers (27%) avaient bénéficié d'une formation complémentaire portant sur la prise en charge des escarres. Soixante cinq infirmiers (65%) avaient défini correctement l'escarre. Trois infirmiers (3%) ne connaissaient pas les facteurs de risque d'apparition des escarres. Cinquante et un infirmiers (51%) affirment qu'il existe un protocole de prévention des escarres dans leurs services. Lorsque le patient présente un risque faible de développement d'escarres, 86% des infirmiers réalisent des soins d'hygiène correctement. A un risque moyen de développement d'escarre, seulement 38% des infirmiers effectuent des soins d'hygiène adéquats et 32% seulement surveillent les points d'appui à une fréquence correcte. Lorsque le patient présente un risque élevé de développement d'escarre, seulement 24% des infirmiers réalisent des soins d'hygiène 3 fois par jour alors que 76% les fassent à des fréquences différentes. Soixante sept infirmiers (67%) affirment l'existence d'un protocole de soins dans leur service et 57% des infirmiers traitent la douleur avant la réalisation des soins d'escarres. La majorité des infirmiers vérifient la peau péri- lésionnelle à chaque soin avec un pourcentage de 88%. Les infirmiers changent les pansements des escarres infectées à une fréquence correcte dans 85% des cas.

Conclusion : La prévention est essentielle impliquant directement l'infirmier dont le rôle est primordial nécessitant une maîtrise non seulement des connaissances théoriques mais aussi des procédures et des soins à prodiguer pour atteindre cet objectif.

P 236 : L'IMMIGRATION DU PERSONNEL SOIGNANT INFIRMIER: PRÉVALENCE, DESTINATIONS ET PRINCIPALES CAUSES

Auteurs : M.Soussi*, M.Ajmi, H.Daami, E.Ben Amara, R.Garma

Service : Département d'anesthésie et réanimation, CHU Sahloul Sousse.

Introduction : Le développement de tout système de santé impose des ressources humaines suffisantes en nombre et en qualité avec une répartition géographique assez équilibrée. C'est ainsi que la pénurie du personnel soignant est devenue un problème inquiétant notamment pour les pays en voie de développement tels que la Tunisie. Elle est particulièrement influencée par le phénomène d'immigration dont l'ampleur et la gravité imposent des mesures préventives urgentes.

Objectif : Déterminer la prévalence et le profil du personnel tunisien ayant des projets d'immigration et identifier les facteurs influençant.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive réalisée sur une période de 4 mois et ayant porté sur l'ensemble du personnel soignant exerçant dans les différents services des CHU Farhat Hached de Sousse. La collecte des données s'est basée sur un questionnaire auto administré. Les variables étudiées exploraient les caractéristiques socioprofessionnelles des participants, leurs habitudes de vie, les cursus des études, les vécus du travail, le volet relationnel, les intentions d'immigration et leurs principales causes.

Résultat : Cent quarante-sept personnels ont été inclus dans notre étude ont un taux de participation de 82%. L'âge moyen a été de 40,3 ± 9,3 ans avec un sexe ratio de 0,58. Des projets d'immigration étaient rapportés par 98 participants (66,7%) dont 80,6% ont déjà commencé la préparation des procédures. Les principales destinations étaient l'Allemagne (51%) et la France (32,6%). Les principales causes rapportées étaient les difficultés financières (55,1%), l'absence de promotion professionnelle (53,1%) et les conditions de travail défavorables (38,8%). La notion de conflit au travail et le manque de reconnaissance ont été rapportés dans 59,2 et 65,3% des cas respectivement.

Conclusion : Nos résultats sont en faveur d'une grande prévalence d'immigration chez un personnel soignant qualifié et productif. Des mesures urgentes s'imposent afin de prévenir la désertion du secteur public.

P 237 : EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL FEATURES OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Auteurs : F.Issaoui*, H.Bradai, A.Talbi, H.Snoussi, A.Abdelhedi, A.Nasri, O.Chakroun-walha, Rezik N

Service : Emergency Department and SAMU 04, University hospital Habib Bourguiba Sfax Resumé :

Introduction : The prevalence of coronary artery disease is particularly high in patients with chronic renal failure. It is responsible for 50% of the deaths in patients with end-stage renal failure.

Objectif : The objective of our study is to analyze the epidemiological and clinical characteristics of chronic renal failure patients admitted to the intensive care unit for the management of an acute coronary syndrome (ACS).

Méthode : It was a retrospective and descriptive study, during the period from 01/01/2017 to 12/31/2019, including patients admitted in the emergency department room for an acute coronary syndromes (ACS) with or without ST-segment elevation. The patients included have had a creatinine clearance under 60 ml / min.

Résultat : We collected 57 cases, the mean age was 73.61 years + - 10.66 and a male predominance was noted (SR = 1.17). Seven of our patients had a creatinine clearance lower than 15ml / min and four had a clearance lower than 30ml / min. Hypertension (66.7%), dyslipidemia (64.9%) and diabetes (52.6%) were the most common antecedents. One-third of the patients had a personal coronary artery disease. Chest pain was typical for the majority of patients, we noted digestive symptoms in 35% of cases and dyspnea in 24.6% of cases. The clinical examination showed the following averages: systolic blood pressure at 137 mmHg, diastolic BP at 79.4 mmHg, a CF at 92 P/m, SaTO₂ at 92.47%. The electrocardiogram showed: an ACS with ST elevation (STEMI) in 33.3% of the cases, an ACS without ST elevation (NSTEMI) in 66.3% of the cases with electrical abnormalities: under shift of the ST segment (33, 3%), BBG (24.6%) and T wave abnormalities (15.9%). The TIMI and GRACE scores calculated for patients with NSTEMI were respectively 4.41 and 162.7 (mean). Emergency management was focused on anti-ischemic treatments administered for all patients, oxygen was necessary for 36.8% of patients, of which 15.8% required NIV and 8.8% mechanical ventilation. Vasoactive drugs were essential for 8.8% of patients. Complications in emergencies were noted in 42.1% of patients: 36.2% presented acute pulmonary edema, rhythm disorders 12.2%, conduction disorders 8.7%, and cardiogenic shock 7%. Five patients died in the emergency room

Conclusion : Chronic renal failure is considered a potentially life-threatening cardiovascular risk factor, it makes the management of acute coronary syndrome more difficult and it requires multidisciplinary care.

P 238 : LA SURFACE CORPORELLE BRULEE EST-ELLE BIEN ESTIMEE AUX URGENCES ?

Auteurs : Chakroun.S, Ben Othmen.MA*, Gafsi B, Trimeche I, Yacoub.A, Radhouane.I, Mili.E, Ben Ali. M, Ben Mansour. M, Ben Salem.F, Gahbiche.M

Service : Service d'anesthésie réanimation FB Monastir

Introduction : Une brûlure peut être définie comme une lésion de la peau et des muqueuses causées par différents agents, qu'ils soient thermiques, électriques ou chimiques. L'évaluation de la gravité des lésions repose sur deux éléments principaux : la profondeur et l'estimation de la Surface Corporelle Brûlée. L'évaluation de la gravité de la brûlure aux urgences est une étape cruciale car elle va guider la prise en charge et aura par la suite un impact majeur sur le pronostic vital et fonctionnel du patient.

Objectif : Évaluer la précision dans l'estimation de la SCB aux urgences

Méthode : il s'agit d'une étude rétrospective menée entre janvier 2018 et janvier 2019 et durant laquelle nous avons colligé des patients qui ont consulté les urgences du CHU Fattouma Bourguiba Monastir et qui ont été proposés pour un transfert dans le service de réanimation chirurgicale pour un complément de prise en charge d'une brûlure thermique grave. Les patients dont l'âge est inférieur à 18 ans ont été exclus. La SCB a été calculée selon la Règle des Neuf de Wallace, où chaque partie du corps (excepté les mains) représente 9 % de la surface corporelle brûlée.

Résultat : Durant la période d'étude, 29 patients ont été colligés (17 patients de sexe masculin et 12 patients de sexe féminin), l'âge moyen était 37,8 ans, la circonstance la plus fréquente de la brûlure était un accident domestique (51% des cas). 19 patients ont nécessité l'intubation et la ventilation mécanique soit à cause de la gravité soit à cause de la localisation de la brûlure (voies aériennes supérieures). La moyenne des SCB estimées était à 57,8 %. A l'examen des patients, nous avons trouvé une sous-estimation de plus de 10 % de la SCB chez 4 patients (13,7 % des cas), une sur-estimation de plus de 10 % de la SCB chez 7 patients (24,1 % des cas). La moyenne de la SCB sous-estimée était égale à 7,11 %, la moyenne de la SCB surestimée était égale à 13,8 %.

Conclusion : Une fois le type de brûlure déterminée, il est indispensable d'estimer l'étendue des lésions en calculant la surface corporelle brûlée. Dans cette étude, nous avons trouvé surtout une tendance à la surestimation de la SCB, une surestimation parfois importante et qui peut retentir sur la prise en charge ultérieure (remplissage vasculaire, intubation par excès...). Cette mal-estimation est surtout liée aux formules utilisées dans le calcul de la SCB, d'où la nécessité d'utiliser une méthode plus précise tel que le table de Lund et Browder qui permet une évaluation plus précise de la surface corporelle brûlée, chez l'adulte et chez l'enfant.

P 239 : SYNDROME CORONARIEN AIGUE ST+ SECONDAIRE A UNE STENOSE MITRALE

Auteurs : B. Korbsi, A. Eleuchi, Y. Ammar, A.B. Hassine, M. Bayar, M. Bachrouch

Service : Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie

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

Cas clinique : Patiente âgée de 48 ans, ayant des antécédents de sténose mitrale rhumatismale compliquée d'une arythmie complète par fibrillation auriculaire (AC/FA), sous Cordarone et Sintrom. Elle a bénéficié d'une dilatation mitrale percutanée il y a 15 ans. La patiente a contacté le SAMU (01) pour des douleurs thoraciques qui sont apparus il y a 1h de temps, irradiant au dos et aux deux membres supérieurs. L'examen à domicile trouvait : une TA 120/80 mmHg, une polypnée, une tachycardie, un roulement diastolique au foyer mitral, des râles crépitants aux deux bases avec une SpO2 100%. L'électrocardiogramme a montré une tachyarythmie par fibrillation auriculaire avec un sus décalage du segment ST en inférieur. La patiente a reçu : Héparine 50 mg en IV, Aspégic 250 mg en IV, Plavix 4Cp et Morphine 3 mg en IV. L'évolution était marquée par l'apparition d'un état de choc nécessitant sa mise sous drogues vasoactives. La patiente était acheminée dans une salle de cathétérisme pour ATC primaire. La coronarographie avait objectivé une occlusion récente de l'IVP à son départ, suivie d'une désobstruction de la partie proximale de l'IVP au ballon.

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

P 240 : THROMBOSE VEINEUSES DU SUJET JEUNE ; PROFIL CLINIQUE, ÉTIOLOGIQUE ET ÉVOLUTIF

Auteurs : M. BACHROUCH, N.B KAHLA, B. KORBSI, E.RBAI, A. B HASSINE, A. ELEUCHI, Y.AMMAR.

Service : Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie

Introduction : La maladie thromboembolique est à l'origine d'une morbi-mortalité accrue en fonction du terrain sous jacent. Bien que son incidence augmente avec l'âge, sa survenue chez le sujet jeune reste fréquente avec un risque de complications considérable.

Objectif : Le but de notre travail était de décrire les particularités épidémiologiques, diagnostiques et évolutives des thromboses veineuses du sujet jeune.

Méthode : Étude rétrospective incluant 390 patients âgés de moins de 65 ans et hospitalisés dans un service de médecine interne par les biais des urgences pour thrombophlébite.

Résultat : L'âge moyen de nos patients était de 54 ans avec prédominance féminine (SR=1.7). Les facteurs de risque ont été essentiellement alitement dans 26%, néoplasie 18%, le syndrome des antiphospholipides dans 9%, maladie de Behcet et thrombophilie constitutionnelle dans respectivement 8%, des antécédents de TV dans 4%. 27% de nos patients n'ont aucun facteur de risque de MVTE. Les membres inférieurs ont été la localisation la plus fréquente (70%). La TVP a été de siège insolite dans 15% et superficielle dans 15%. Les TVP ont été compliquées de récurrence dans 10.7%, d'embolie pulmonaire dans 2.5% et de syndrome post phlébitique dans 0.51%. Un traitement par anti vitamine K a été prescrit chez tous les patients. Des récurrences ont été observées dans 10.7%.

Conclusion : La MVTE est le plus souvent multifactorielle. Dans la plupart des études, les patients atteints de TVP présentent un nombre plus élevé de FDR que la population témoin. La MVTE représente encore une source de morbi-mortalité. La détermination des facteurs de risques par des études prospectives est donc nécessaire afin de réduire ce fardeau.

P 241 : LE HELLP SYNDROME AU COURS DE L'ÉCLAMPSIE

Auteurs : bouidir Y, benouardi B, tajellejti N, ribahi H, el adib AG

Service : reanimation maternité / CHU mohamed VI marrakech Résumé :

Introduction : Le HELLp syndrome (HS) complication fréquente de l'éclampsie peut engager le pronostic vital maternel et fœtal.

Objectif : but de ce travail était de décrire l'épidémiologie et d'évaluer la morbi-mortalité maternelle et fœtale chez les éclampsiques présentant un HS.

Méthode : C'est une étude rétrospective étalée sur quatre ans, ayant colligé 119 éclampsiques à la réanimation de la maternité du CHU mohamed VI de marrakech. Deux groupes de patientes ont été distingués : groupe HS+ : avec HS et groupe HS- : sans HS. Pour chaque patiente, nous avons enregistré les paramètres épidémiologiques cliniques et évolutifs maternels et fœtaux. Les études statistiques Chi2 et Student ont comparé les deux groupes.

Résultat : Le groupe HS+ a représenté 40,2 % de toutes les éclampsiques, les patientes HS+ sont plus âgées, l'insuffisance rénale aiguë (IRA), la CIVD et les hémorragies du postpartum étaient plus fréquentes dans HS+ (p < 0,05), par contre pas de différence pour les lésions cérébrales à la TDM et IRM, l'œdème aigu pulmonaire. Le décès maternel était 14 % chez le groupe HS+ versus 1 % pour HS- (p =

0,0017). Le décès fœtal a été noté dans 20 % des cas chez le groupe HS⁺ versus 16 % des cas chez le groupe HS⁻ (p = 0,8113). Hormis cinq cas, toutes les patientes avaient un GCS < 9, elles avaient toutes une HTA sévère (> 170/110 mmHg) et deux étaient admises en mydriase bilatérale. Cinq localisations majeures ont été notées : capsulolenticulaire, occipitale, inondation ventriculaire, hémorragie méningée et hématome du tronc cérébral. Nous avons enregistré sept décès dont deux n'étaient pas directement en rapport avec les dommages cérébraux.

Conclusion : Le HS doit être recherché chez les patientes pré-éclampsiques sévères et les éclampsiques, il s'accompagne de graves atteintes viscérales.

P 242 : KYSTE DE L'OVAIRE ÉNORME COMPLIQUÉ DE THROMBOPHLÉBITE DU MEMBRE INFÉRIEUR : A PROPOS D'UN CAS

Auteurs : M. Makoudi, Y. Boudir, N. Tajellijiti, J. Bouzari, F. Moussaid, M. Kaouri, GA. Eladib

Service : Hôpital mère-enfant, Réanimation maternelle, Marrakech Résumé :

Introduction : Les kystes et tumeurs présumées bénignes de l'ovaire constituent un motif fréquent de consultation en gynécologie. La complication la plus étudiée de ces kystes est la torsion annexielle ; suivie de complications hémorragiques et les complications plus rares (transformation maligne, complication extra ovarienne et ou extra pelvienne). Les complications obstructives quant à elles ont été moins décrites dans la littérature. La quasi-totalité des cas publiés de thrombose ont été décrits dans des contextes de syndrome des ovaires poly kystiques et ou syndrome d'hyperstimulation.

Cas clinique : Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 69 ans sans antécédent pathologique admise au CHU de Marrakech pour prise en charge d'une masse pelvienne évoluant depuis près de 20 ans et augmentant progressivement de volume ; à cette symptomatologie était associée une augmentation de volume du membre inférieur homolatéral à la masse qui évoluait depuis 3 mois. Le bilan paraclinique (TDM abdomino-pelvienne) mettait en évidence une masse charnue latéro-utérine gauche faisant 317 x 254 x 137 de dimensions refoulant les structures de voisinage et exerçant un effet de masse sur l'urètre gauche avec urétéro- hydronéphrose en amont. Le doppler veineux du membre inférieur trouvait une thrombose veineuse profonde et superficielle des veines iliaques, fémorales, poplitée, saphènes et tibiales postérieures gauches. L'exploration chirurgicale sous couverture anticoagulante (HBPM) a permis l'extraction d'un volumineux kyste de l'ovaire faisant 11 kg, la pièce a été adressée à l'anatomo- pathologie, la poursuite de l'anti coagulation par AVK était de mise ; la patiente est vue régulièrement en consultation et se porte bien avec un recul de 3 mois.

Conclusion : L'instauration d'une anti coagulation pré opératoire n'annule pas le risque de migration du thrombus en per opératoire, cependant instaurer une thrombolyse pré opératoire ou au mieux un Filtre Cave transitoire pourraient être proposé dans cette association même si la littérature est pauvre dans ses indications en préopératoire.

P 243 : INTERET DE L'EVALUATION DE LA DOULEUR TRAUMATIQUE AU TRIAGE

Auteurs : M. Kilani*, Y. Yahia, A. Mghirbi, R. Baccouche, K. Zaouche, Y. Gharbi, A. Ben Hamida, S. Mehri, H. Maghraoui, K. Majed

Service : CHU La Rabta service des urgences

Introduction : La douleur est le maître symptôme aux urgences traumatiques. Sa prise en charge thérapeutique est essentielle pour optimiser la démarche diagnostique et améliorer le pronostic. Toutefois, celle-ci demeure encore bien souvent sous évaluée et insuffisamment traitée.

Objectif : L'objectif de ce travail est d'apprécier l'intérêt d'une évaluation précoce de la douleur traumatique soit initiée dès l'arrivée du patient au triage.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective incluant les patients âgés de plus de 18 ans présentant une douleur traumatique aigue et consultant aux urgences. La période d'étude était de trois semaines. L'évaluation de la douleur initiale était faite par l'infirmier d'accueil et d'organisation aux urgences au moyen de l'échelle EVA. Les délais d'administration des antalgiques ainsi que le suivi de la douleur par l'EVA ont été évalués pour chaque patient. Le logiciel SPSS 22 a été utilisé pour l'analyse des données.

Résultat : Nous avons colligé 38 patients dont l'âge moyen était de 45 ans (± 13) avec une prédominance masculine et un sex-ratio de 1.71. 55% des patients n'avaient aucun antécédent. Les antécédents les plus fréquents étaient l'HTA (21%) et le diabète (14%). 5% avaient des antécédents d'épigastalgies. Les mécanismes les plus fréquents du traumatisme étaient l'accident domestique (47%), de la voie publique (24%) et de travail (13%). Le niveau moyen d'intensité de la douleur selon l'échelle EVA au triage était de 54 mm (± 11.1). Elle était modérée pour 63% des patients et intense (EVA > 60mm) pour 37%. Les traitements antalgiques administrés étaient de palier 1 dans 18% des cas, de palier 2 dans 79% et de palier 3 dans 3% des cas. Dans 61% des cas, le délai d'administration était < 10 mn. Il était entre 10 et 30 mn dans 34% des cas et > 30 mn dans 5% des cas. L'EVA moyen évalué à 30 mn après traitement antalgique était de 29 mm ($\pm 16,26$) avec une EVA ≤ 30 mm pour 69% des patients.

Conclusion : L'évaluation de la douleur traumatique au triage est essentielle pour optimiser la prise en charge globale du patient et son confort. Selon notre étude, 61% des patients présentant une douleur traumatique ont reçu un antalgique dans un délai précoce (< 10mn).

P 244 : CONNAISSANCES INFIRMIERES FACE A LA DOULEUR DU POLYTRAUMATISE AUX URGENCES

Auteurs : M. Kilani*, Y. Yahia, A. Mghirbi, K. Zaouche, R. Boubaker, R. Baccouche, H. Maghraoui, K. Majed

Service : CHU La Rabta service des urgences

Introduction : La prise en charge de la douleur chez le polytraumatisé doit être optimale pour soulager les souffrances du polytraumatisé mais aussi pour faciliter la pratique des examens dans le cadre du bilan lésionnel.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'étudier les connaissances et les attitudes infirmières face à la douleur chez le polytraumatisé aux urgences.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, quantitative et transversale type enquête incluant les infirmiers exerçant dans des services d'urgences du grand Tunis et ayant consenti à participer. L'enquête a été menée à l'aide d'un questionnaire écrit soumis aux infirmiers. Les données ont été collectées et saisies au moyen du logiciel SPSS22

Résultat : Quarante infirmiers ont été inclus avec un âge moyen de 32 ans (± 7) et une prédominance féminine (58%). 77,5% étaient des infirmiers majors et 60% ont déjà reçu une formation professionnelle en traumatologie. 90% des infirmiers jugent essentiel de traiter la douleur par des moyens médicamenteux chez le polytraumatisé. Le traitement de la douleur intense (EVA > 60mm) est de palier 3 pour 15% des infirmiers, de palier 2 pour 43% et repose sur une association palier 1 et 2 pour 42% d'entre eux. 85% des infirmiers enquêtés ont affirmé qu'il ne faut pas utiliser la morphine au cours d'un état de choc. Les autres moyens thérapeutiques étaient les moyens physiques avec immobilisation du rachis cervical et mise sur plan dur devant être pratiquée selon 90% des infirmiers. L'immobilisation des membres par attelle en cas de suspicion de fracture doit être pratiquée avant le bilan radiologique pour 85% des enquêtés.

Conclusion : L'infirmier joue un rôle essentiel dans l'utilisation judicieuse des différents moyens thérapeutiques de la douleur chez le polytraumatisé. Le traitement dépend de la présentation clinique initiale. Dans notre étude, 90% des infirmiers jugent essentiel d'utiliser les moyens médicamenteux.

P 245 : CRITÈRES DE DÉCISION DE CORONAROGRAPHIE APRÈS REPRISE D'UNE ACTIVITÉ CARDIAQUE SPONTANÉE AU DÉCOURS D'UN ARRÊT CARDIAQUE RÉANIMÉ

Auteurs : E Gharbi ; M Ben Abdallah ; M Ben Amor ; M Dammak ; M Jmal ; O walha-chakroun ; N rekik

Service : Service des Urgences et SAMU04, CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : La prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire (ACR) est une problématique fréquente en réanimation. Les critères de décision de coronarographie après réanimation cardiopulmonaire initiale sont encore controversés. Les recommandations conseillent de réaliser une coronarographie en cas de suspicion d'infarctus du myocarde devant un sus-décalage du segment ST.

Objectif : Notre objectif est d'identifier les critères ayant conduit au recours à la coronarographie en cas de reprise d'une activité cardiaque spontanée (RACS) après réanimation d'un arrêt cardiaque

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective réalisée aux urgences Habib Bourguiba Sfax incluant tous les patients admis pour ACR récupéré du 1^{er} janvier au 30 septembre 2019.

Résultat : 50 cas sont colligés. L'âge moyen était 54 [10-84]. On notait une prédominance masculine avec un sex ratio = 2,8. Les patients étaient tabagiques dans 16% des cas. Les antécédents ont été prédominés par le diabète dans 34,7% suivi par l'hypertension dans 30% suivi par les antécédents de pathologie coronaire dans 10%. Avant la survenue d'un ACR la symptomatologie était la douleur thoracique et la dyspnée dans 22%, la syncope dans 12%, inconnue dans 36%.

Le lieu de l'ACR était en extra hospitalier dans 46%, dans un hôpital périphérique dans 28%, à la SUM dans 16% et à la salle de déchocage dans 8%. La présence de témoin était de 74%. Le délai moyen de PEC était 4 [0,22]. La durée moyenne de l'ACR était 14 [2,45]. Le rythme était choquable dans 22% des cas.

Les troubles de la repolarisation étaient dans 44,7% des cas. La coronarographie a été faite dans 16,7%. Le traitement anti ischémique a été administré dans 20,8% des cas dont 70% ont bénéficié de la coronarographie. Dans l'étude univariée la décision de coronarographie est corrélée au : sus décalage de ST systématisé à l'EKG post arrêt (P=0,000), la symptomatologie initiale de douleur thoracique avant la survenue d'ACR (0,004), la présence de troubles de repolarisation (P=0,006), la défibrillation (P=0,000). Par ailleurs elle n'est pas corrélée au sexe masculin ni à l'âge ni au sous décalage de ST avec troponine positive.

Dans l'étude multivariée la décision de coronarographie est corrélée à la défibrillation (P= 0,002 ; OR :82) et la présence de troubles de la repolarisation (P=0,026 ; OR :27).

Conclusion : 16,7% des AC avec RACS ont été orientés en coronarographie. L'existence d'un trouble du rythme ventriculaire (ayant justifié un CEE) était le critère le plus indépendamment associé à l'orientation en coronarographie.

P 246 : ISCHÉMIE MÉSENTÉRIQUE D'ORIGINE EMBOLIQUE COMPLIQUANT UN THROMBUS DU VG : À PROPOS D'UN CAS

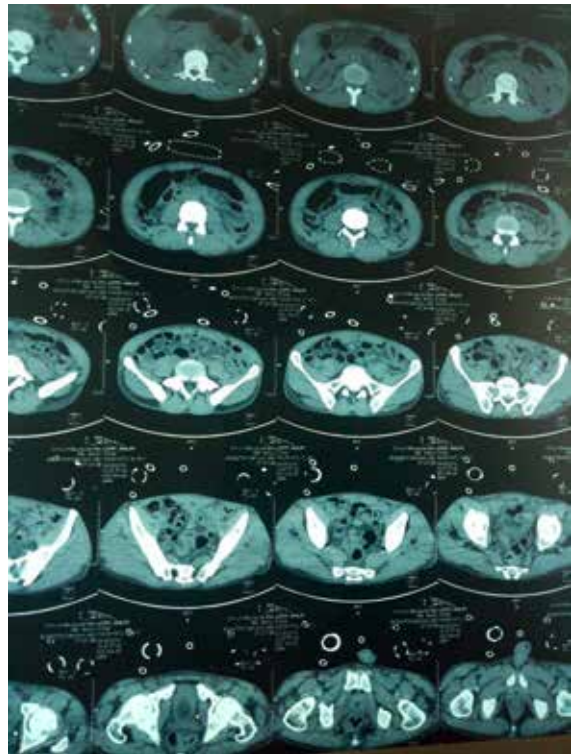
Auteurs : Bradai Haifa ,Issaoui Fadhila,Adelkefi Yassine ,Ben amira Fares,Chakroun Walha Olfa,Rekik Nouredine

Service : service des urgences Habib Bourguiba Sfax

Introduction : L'ischémie mésentérique aiguë (IMA) est définie par l'apparition brutale d'un obstacle à la circulation dans une ou plusieurs des artères digestives, conduisant à la nécrose intestinale et la péritonite si l'occlusion n'est pas levée . Il s'agit d'une urgence vitale dont le pronostic est inversement proportionnel au temps nécessaire au diagnostic.

Cas clinique : A : libres B : polypnéique , signes de lutte à type de tirage intercostal , SAO₂=75% , ACP : rales crépitants aux 2 champs pulmonaires C : tachycarde à 100 bpm , TA=17/10,pouls périphériques présents et symétriques , pas de signes de pré charge D:glasgow=15/15 , patient agité , GAD=3.8g/dl E : pas de saignement extériorisé ,apyrétique ,défense abdominale généralisée . La radiographie thoracique a montré la présence d'opacités alvéolo interstitielles bilatérales On a complété par un scanner thoracoabdominopelvien devant l'incertitude du tableau qui a conclu à la présence de condensation parenchymateuse des 2 lobes inférieurs ,de cardiomégalie concluant à la présence d'un œdème aigu du poumon à l'étage thoracique . Tant dis que l'étage abdominale était caractérisé par la présence d'un thrombus intra ventriculaire gauche , occlusion totale de l'artère mésentérique supérieure à 7 cm de son origine ,un défaut de réhaussement de tout le grêle jéuno-iléal et du colon droit faisant évoquer en premier le diagnostic d'un infarctus mésentérique supérieur avec nécrose grélique et colique droite . La conduite à tenir était d'optimiser un remplissage de cristalloïdes ,une assistance respiratoire,administrer une héparinothérapie et avvertir les chirurgiens d'une résection de la partie nécrosée en toute urgence . L'évolution était marquée par la survenue d'un arrêt cardiorespiratoire de durée de 15 minutes en asystolie probablement d'origine hypoxique réanimé non récupéré , patient décédé à 12 h de l'hospitalisation .

Conclusion : L'ischémie aiguë intestinale est un challenge diagnostique pour le médecin urgentiste car, pour améliorer le pronostic de cette affection qui reste rare, il est impératif d'évoquer le diagnostic sur des arguments purement cliniques et anamnestiques .



P 247 : IMPORTANCE DES SIGNES ÉLECTRIQUES EN CAS D'HYPOTHERMIE : ÉTUDE DE 5 CAS AUX URGENCES

Auteurs : Bradai Haifa ,Issaoui Fadhila,Adelkefi Yassine ,Ben amira Fares,Chakroun Walha Olfa,Rekik Nouredine

Service : service des urgences Habib Bourguiba Sfax

Introduction : L'hypothermie est définie par une température centrale inférieure à 35°C. Ses étiologies sont multiples. Dans notre pays, elle est souvent méconnue et sous-diagnostiquée malgré la facilité de sa confirmation. Nous rapportons ainsi, cinq cas d'hypothermie hospitalisés à l'UHCD des urgences de Sfax .

Objectif : reconnaître les signes électriques de l'hypothermie pour une meilleure prise en charge et une détection précoce et prévention de ses effets délétères

Méthode : Nous rapportons ainsi, cinq cas d'hypothermie hospitalisés à l'UHCD des urgences de Sfax .

Résultat : L'âge moyen a été de 50 ans avec des extrêmes allant de 8 à 86 ans,une prédominance féminine a été notée avec un sex-ratio = 0.8. Le motif d'hospitalisation était l'intoxication volontaire pour deux patients, l'état de choc, AVC ischémique et AVP. Deux cas parmi cinq sont grabataires de bases avec fonctions supérieures conservées. Trois patients ont des antécédents de diabète , HTA, dyslipidémie. Tous ces patients se sont présentés avec un état neurologique précaire. Trois patients ont un SGC initiale =3/15 Ils étaient intubés ventilés sedatés d'emblée. Sur le plan hémodynamique: 4 patients étaient stables sur le plan hémodynamique, une patiente était choquée avec TA=8/5 sachant qu'elle était HTA, ce qui a nécessité le recours au catécholamines. Trois patients étaient sous ventilation mécanique dès l'admission. Chez tous ces patients une hypothermie a été suspectée au matin du deuxième jour d'hospitalisation devant la présence de signes électriques spécifiques(onde J d'osborn, QT long, bradycardie). La mesure de température centrale a confirmé le diagnostic. L'ECG est pratiqué pour tous les patients: Une bradycardie est notée dans 100% des cas Un bloc sino auriculaire dans 40% Le QT était long dans 80% des cas L'onde J d'osborn est notée dans 100% des cas

Conclusion : Conclusion:L'hypothermie n'est pas fréquente dans notre pays et ses étiologies sont multiples. Les signes électriques spécifiques d'hypothermie sont à connaître par les médecins aux urgences pour ne pas passer à côté de cette urgence.

P 248 : L'ARRET CARDIORESPIRATOIRE INTRA HOSPITALIER SURVENANT A L'UNITE D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE : EPIDEMIOLOGIE ET PROFIL CLINIQUE

Auteurs : Dhaouadi R, Zaouche K, Nahdi N, Boubaker R, Fadhel R, Yahya Y, Modhaffer M, Maghraoui H Majed K

Service : Service des Urgences . CHU la Rabta

Introduction : La prévalence de l'arrêt cardiorespiratoire (ACR) en intra hospitalier est peu décrit. Le pronostic serait plus sombre que celui de l'extrahospitalier du fait de l'état critique des patients et de la moindre prévalence des rythmes choquables

Objectif : était de décrire le profil épidémiologique et cliniques des patients ayant présenté un arrêt cardiaque aux cours de leur hospitalisation aux urgences.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive menée sur un an au service des urgences de la Rabta. Nous avons inclus tout patient ayant présenté un ACR lors de sa prise en charge. Nous avons exclu les dépôts de corps.

Résultat : Durant la période d'étude 126 cas ont été colligés. L'âge moyen était de 64±13ans avec un sex-ratio à 2,43.Plus que 3 antécédents pathologiques ont été retrouvés chez 55,97% des patients. La dyspnée était le principal motif de consultation (46,26%) suivie par l'altération de l'état de conscience (38,80%) et la douleur thoracique(11,94%). L'ACR est survenu principalement dans les suites d'un SCA dans16,14%, d'une dyskaliémie dans 11,94% des cas., d'une insuffisance respiratoire aigue dans 29 ,85% et d'un état de choc septique dans (22,05%) . Le Délai moyen de survenu du décès était de 41 heures . Par contre , 25,37% des malades sont décédés dans un délai sup à 24h .

Conclusion : La prévention des états de pré arrêt est une des quatre maillons de la chaine de survie de l'ACR. En l'absence de possibilités de monitoring de tous les patients en états critiques hospitalisés aux urgences, une prise de conscience de l'importance de leur management par des formations continues est nécessaire .

P 249 : PRISE EN CHARGE ANESTHÉSIQUE DE CÉSARIENNE AVEC LA MALADIE DE WEGENER : A PROPOS D'UN CAS

Auteurs : S. Maaref ; A. Kaddour* ; A. Hafsa ; A. Brahim ; K. Ben Jezia

Service : Service d'Anesthésie Réanimation Farhat Hached Sousse. Résumé :

Introduction : La maladie de Wegener est une maladie systémique associant une vascularite nécrosante avec atteinte élective des poumons et des reins et constante des voies aériennes supérieures . Elle est très peu rapportée dans la littérature dans le contexte obstétrical et ceci est du au fait que la grossesse est déconseillée en phase active de part les risques d'atteinte d'organe sévère pouvant menacer le pronostic vital et du risque tératogène du traitement de l'autre part. Nous rapportons le cas d'une parturiente diagnostiquée avec la maladie de Wegener ayant subi une césarienne sous rachianesthésie sans incidents.

Cas clinique : Il s'agit d'une parturiente âgée de 34 ans admise pour stagnation sur utérus cicatriciel sur un terme de 37SA. La patiente était suivie depuis 2014 pour pneumopathie organisée à éosinophiles .Le diagnostic de maladie de Wegener a été retenu en 2017 devant cette atteinte pulmonaire associée à une sinusite chronique, l'hyperéosinophilie et la positivité des ANCA sans atteinte neurologique ou rénale. La patiente était traitée par corticothérapie et la cyclophosphamide relayés par Immurel avec évolution favorable. A l'examen, elle était en bon état général. La patiente se plaignait de dyspnée inspiratoire en rapport avec une obstruction nasale avec une saturation pulsée en oxygène à 97% à l'air ambiant. Il n'a y avait pas de critères d'intubation ou ventilation difficiles hormis le contexte de la grossesse. Le bilan d'hémostase était correct. La césarienne s'est déroulée après corticothérapie sous rachianesthésie sans incidents. La patiente est ensuite acheminée en unité de soins post interventionnels pour surveillance de tout risque de rechute.

Conclusion : En présence de la maladie de Wegener, la grossesse demeure à risque nécessitant une prise en charge multidisciplinaire et spécialisée.

P 250 : INFLUENCE DE LA DUREE DE CONSERVATION DES CULOTS GLOBULAIRES SUR LE RENDEMENT TRANSFUSIONNEL EN REANIMATION

Auteurs : J .Mahmoud*, R. Ben Debebiss, L. Ifa, H.Hmouda.

Service : Service de Réanimation Médicale, CHU sahloul, Sousse Résumé :

Introduction : La gravité et la fragilité des patients admis en réanimation souffrant d'anémie imposent un rendement optimal des transfusions lorsque celles-ci sont nécessaires. La durée de conservation des globules rouges, du fait du vieillissement des hématies, pourrait théoriquement influencer l'efficacité transfusionnelle.

Objectif : Etudier l'influence de l'âge du culot globulaire (CG) sur le rendement transfusionnel chez les patients de réanimation.

Méthode : Etude rétrospective, analytique, incluant les patients hospitalisés entre décembre 2015 et septembre 2019 ayant reçu une transfusion sanguine. L'âge des CG, déterminé à partir du registre transfusionnel, a permis de définir 3 catégories selon l'ancienneté : CG inférieur à 10 jours (récent), entre 10 et 20 jours (semi-récent) et supérieur à 20 jours (ancien). Le rendement transfusionnel après chaque culot globulaire a été défini par delta hémoglobine (Hb post transfusionnelle- Hb pré transfusionnelle). La comparaison des moyennes a été faite par le test anova. Le seuil de signification a été retenu pour une valeur de $p < 0,05$.

Résultat : Nous avons colligé 26 patients (12 femmes et 14 hommes). La moyenne d'âge était de 59 ans ± 18.6 [20 ,89]. Les comorbidités étaient dominées par le diabète 50%, l'hypertension artérielle 46.2%, anémie chronique 42.3%, coronaropathie 38.5%, insuffisance rénale chronique 26.9%, la bronchopneumopathie obstructive 15.4%. L'indication principale de la transfusion était une anémie mal tolérée (96.2%). Soixante deux pour cent des transfusés étaient ventilés mécaniquement. L'apace II moyen était de 21 ± 5.4 [12 ,36]. La durée de séjour était de 21 j ± 21.3 [1,84]. Le nombre moyen de CG transfusés par patient était de 2 CG ± 1.5 [1,6]. Aucune complication transfusionnelle n'a été observée. Les culots globulaires étaient récents, semi-récents et anciens chez respectivement 15 (24,19%),18(29,03%) et 29 (46,77%) patients. Delta hémoglobine moyenne était plus élevée dans les groupes récent et semi récent par rapport au groupe ancien: 1,38 ± 0,13g/dl dans le groupe récent, 1,17 ± 0,52g/dl dans le groupe semi récent et 0,5 ± 0,26g/dl dans le groupe ancien. Toutefois cette différence était statistiquement non significative (p=0,21).

Conclusion : Le rendement transfusionnel après administration d'un culot globulaire était meilleur lorsque la durée de conservation du sang était inférieure à 20 jours. Une étude sur une population plus large est recommandée afin de confirmer ou infirmer ces résultats.

P 251 : LE SOIGNANTS EN DILEMME : SATISFACTION DE COMPASSION VERSUS TRAUMATISME VICARIANT

Auteurs : N. Ben Amor, H. Maamouri, M. Fatnassi, N. Brahmi

Service : *servide de réanimation médicale et toxicologique/ CAMU Tunis*

Introduction : L'engagement des professionnels en réanimation auprès des victimes de traumatismes est à l'origine des premières recherches sur le traumatisme vicariant. Certaines situations stressantes et traumatisantes nécessitent la mobilisation et l'intervention de professionnels de la santé qui se placent dans une position d'aidant.

Objectif : L'objectif de cette étude était d'évaluer les différentes dimensions relatives au traumatisme vicariant chez une population de professionnels soignants en réanimation.

Méthode : Il s'agissait d'une étude effectuée auprès du personnel paramédical du service de réanimation du Centre Mahmoud Yâacoub d'Assistance Médicale Urgente CMYAMU. Une enquête relative aux données personnelles croisées avec des scores obtenus à trois échelles différentes a été réalisée. Ces échelles évaluaient six dimensions gravitant autour de la notion du traumatisme vicariant et œuvraient pour mettre en avant les spécificités de l'exercice en service de réanimation.

Résultat : Treize intervenants du corps paramédical ont été interrogés au service de réanimation du CMYAMU. La moyenne d'âge était de 40±10 ans [27 -57] avec un sex ratio H/F à 6/7. Cinq aidants (38,5%) avaient moins de dix ans d'expérience professionnelle, trois travaillaient en réanimation depuis 10 à 20 ans et les cinq restants avaient plus de 20 ans d'ancienneté. Huit interrogés (61,5%) rapportaient avoir personnellement vécu un événement traumatique dans le passé. Parmi eux quatre avouaient avoir eu recours à un suivi psychologique par rapport au décès de l'un de leurs proches. La pratique d'une activité plaisante en dehors du travail a été retrouvée chez dix soignants (77%) spécifiquement une activité sportive (n=5). Onze des interrogés (84%) rapportent un ressenti de danger imminent face à des patients, dix autres rapportaient avoir évité des situations effrayantes ou traumatisantes ressemblantes. Le score de dépersonnalisation était élevé à modéré chez douze (92 %) du personnel paramédical. Pour ce qui est du score du stress traumatique secondaire, seuls deux parmi les interrogés révèlent des niveaux élevés. Tous les interrogés avaient un niveau satisfaction de compassion moyen et un niveau moyen d'épuisement professionnel. Quant aux niveaux de risque d'usure de compassion il était élevés chez deux (15%) et très élevé chez onze (84,6%) .

Conclusion : Cette étude a permis d'explorer le traumatisme vicariant perçu par le personnel paramédical et la nécessité d'établir des débriefings englobant les différents corps d'intervenants professionnel. L'accès à la supervision et au soutien psychologique devraient être instauré dans les différentes structures hospitalières.

P 252 : LE SYNDROME DE LA PINCE AORTO-MESENERIQUE : A PROPOS D'UN CAS

Auteurs : Z. Ghoumid, N. Tajellijiti, M. Kaouri, T. Aboulhassan

Service : *CHU MOHAMMED VI, DARUS*

Introduction : Le syndrome de la pince aorto-mésentérique est une pathologie rare. Le diagnostic est clinique puis radiologique. Le traitement est tout d'abord médical puis chirurgical en cas d'échec. Le but de ce travail est de mettre le point sur cette pathologie.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 18 ans, qui présentait depuis un mois et demi des vomissements post prandiaux précoces associés à des douleurs abdominales diffuses et constipation, le tout évoluant dans contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général avec amaigrissement chiffré à 10Kg. L'examen clinique retrouvait un patient confus, GCS à 13/15^{ème}, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, cachectique, déshydraté, abdomen très distendu, sensible, sonore, avec présence d'ecchymose au niveau épigastrique. Le bilan biologique montrait urée élevée à 1,30 g/l, créatininémie à 13mg/l, hyponatrémie sévère à 111mmol/l, hypokaliémie à 2.50mmol/l, hypochlorémie à 47 mmol/l. La NFS, les plaquettes, et le bilan d'hémostase étaient normaux. La radiographie de l'abdomen sans préparation ne montrait pas de niveaux hydroaériques. L'échographie abdominale objectivait une importante dilatation gastroduodénale. La FOGD montrait une œsophagite stade II, stase biliaire au niveau gastrique, bulbe, D1 et D2 dilatés avec stase biliaire. La TDM abdominale sans et avec injection du PDC était en faveur d'un syndrome de la pince aorto- mésentérique (disparité de calibre du 3^{ème} duodénum au niveau de son passage entre l'AMS et l'aorte abdominale). Le traitement était médical consistant à la mise en place d'une sonde naso-gastrique ramenant 21700ml de bile le premier jour, apport et correction hydro-électrolytique, alimentation par voie parentérale, protection gastrique et thromboembolique. Quatre jours après son admission, le patient s'est aggravé sur le plan neurologique et respiratoire d'où l'indication de la ventilation assistée. A J7 d'hospitalisation le patient est décédé suite à un choc septique.

Conclusion : Le SPAM est une pathologie rare qui peut avoir des conséquences graves si prise en charge tardive. Le scanner abdominal injecté reste l'examen clé pour faire le diagnostic. Le traitement est d'abord médical, en cas d'échec la chirurgie s'avère nécessaire.

P 253 : DON D'ORGANE EN TUNISIE: ENTRE LA REALITE ET LE VECU

Auteurs : Ghassen Ben Amor/ Meriem Fatnassi/ Hela Maamouri/ Nozha Brahmi

Service : service de réanimation médicale et toxicologique/ CAMU Tunis Résumé :

Introduction : La première greffe d'organe en Tunisie a été réalisée en 1986. Depuis, plus de 1800 transplantations d'organes ont eu lieu. Pourtant, plus de 30 ans plus tard et avec une demande en pleine croissance, un écart important persiste entre le nombre de greffons proposés à la transplantation et les opérations réalisées. Plusieurs obstacles perdurent devant l'expansion de cette pratique et les enjeux sont majeurs.

Objectif : L'objectif de ce travail était d'évaluer les connaissances des participants concernant le sujet du don d'organe et leurs positions à son égard et les causes du refus .

Méthode : Nous avons réalisé une enquête auprès d'un échantillon d'une population tunisienne (soignants et leurs parents). Un questionnaire comprenant 24 items a été envoyé à ces participants via google forms. Il s'agissait d'un questionnaire anonyme comprenant les connaissances sur l'existence de textes de lois relatives au don, la présence d'une fatwa, d'un registre de refus de don et les motifs du refus.

Résultat : Nous avons colligés 247 réponses. Une prédominance féminine a été notée n=165 (67%). La moyenne d'âge était de 27,99 ± 9,64ans [16-76]. 167 personnes (68%) étaient des professionnels de la santé dont 138 médecins. Les cursus scolaires et/ou universitaires, les médias, les amis et les proches étaient les sources d'informations les plus fréquemment rapportés respectivement dans 57,3%, 46,7% et 35,8% des cas. La sensibilisation au don d'organe était jugée peu présente dans 51% des cas, absente dans 44,9% et satisfaisante dans 4%. Parmi les interrogés, 127 (51,6%) avaient déjà évoqué le sujet du don d'organe avec leurs familles. Par ailleurs, seulement 42 (17%) avaient été confrontés à une décision relative au don d'organe dans leur entourage. La majorité des participants n=208 (84,2%) soutenaient le principe du don d'organe dont 178 (72%) consentaient à être donneurs mais seulement 9 (3,6%) avaient une carte de donneur. En revanche, 15 participants (6,1%) refusaient le don d'organes et 53 (21,6%) ne se sont pas encore décidé. Les raisons de refus relataient étaient essentiellement partagés entre le respect de l'intégrité physique 51% et le manque de confiance (43%). Les convictions religieuses (16%) et les raisons sociales (14%) figuraient moins. La quasi-totalité des participants (95,1%) savaient que le don d'organe est un acte gratuit. Plus que le tiers soit 95 personnes (38%) pensaient qu'une carte de donneur est indispensable pour effectuer un don. L'existence d'une loi relative au don d'organe était connue par 51,8% (n=128) des participants néanmoins la présence d'une Fatwa tunisienne n'était connue que par 18,9% (n=47). Par ailleurs, l'existence d'un registre national de refus de don d'organe était méconnue dans 77% des cas (n=191). Les participants estimaient que les principales raisons du manque de don d'organes en Tunisie étaient l'opposition de la famille (54,7%) et la non compréhension de la mort encéphalique (25,7%).

Conclusion : La transplantation d'organe reste le dernier souffle d'espoir pour des milliers de patients ayant une défaillance chronique et terminale d'une fonction de l'organisme. Les bénéfices de cette procédure en termes de mortalité, de qualité de vie et de coût à la société ne sont plus à débattre. Une prise de conscience de la population est tout aussi nécessaire qu'une remise à niveau des établissements publics accrédités.

P 254 : FAMILY MEMBERS' SATISFACTION IN A TUNISIAN MEDICAL ICU

Auteurs : M.Zghidi*²; I.Ben Saïda²; R.Toumi^{1,2}; E.Ennouri²; W.Zarrougui^{1,2}; A.Hadhri²; A.Triki²; T. Ben Ahmed², K.Meddeb^{1,2}, M.Boussarsar^{1,2}

Service : (1) Medical intensive care unit, farhat hached hospital, Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse, UR N° LR12SP09.Heart Failure, Sousse, Tunisia; (2) Medical intensive care unit, Farhat hached university hospital, Sousse, Tunisia

Introduction : Family satisfaction is an important indicator for quality improvement of intensive care units. Compliance with implemented protocols are often poor.

Objectif : The purpose of this study was to describe levels of family satisfaction with the care provided in a Tunisian intensive care unit (ICU).

Méthode : It was a prospective observational and descriptive study involving family members of patients admitted in a Tunisian medical ICU between November 2018 and Mai 2019. Family members of adult patients, staying at an ICU for ≥48hours, were included. A questionnaire to measure family satisfaction with care provided in the ICU was developed. Family members were asked to complete the questionnaire and to provide information about their own demographics. Data on patient's baseline characteristics were abstracted from charts retrospectively.

Résultat : Ninety-three family members completed the questionnaire. Demographic characteristics of study related patients were: male, 76(81.7%) mean age, 56.6±15.4 years; respiratory distress at admission, 79(84.9%); mean length of stay, 14.4±18.5 days. Respondents characteristics were: mean age, 39±13years; female, 51(54.8%); first-degree parents 48(51.6%); mean waiting delay, 42.4±28.1mn. Twenty-eight (30.1%) of respondents were satisfied with overall care. Families reported good satisfaction with the waiting room atmosphere, visitor's number and coordination and teamwork staff respectively in 56(60.2%), 33(35.5%) and 28(30.1%). Families reported the least satisfaction for the availability and communication by nurses. Responses to family satisfaction questionnaire are displayed in table 1.

Conclusion : Most family members were satisfied with the care provided in the intensive care unit. Communication and availability of nurses were areas with potential for improvement.

	Good n(%)	Fair n(%)	Poor n(%)
-Waiting delay before visits	21(22.6)	58(62.4)	14(15.1)
-Visit duration	26(28)	46(49.5)	21(22.6)
-Visitors' number	33(35.5)	43(46.2)	17(18.3)
-Completeness of information about patient's condition	25(26.9)	43(46.6)	25(26.9)
-Atmosphere of the waiting room	56(60.2)	24(25.8)	13(14)
-Psychological support of family members	10(10.8)	59(63.4)	24(25.8)
-Availability of nurses	20(21.5)	42(45.2)	31(33.3)
-Availability of physicians	27(29)	50(53.8)	16(17.2)
-Management of anxiety and depression of their patients	24(25.8)	49(52.7)	20(21.5)
-Medical secret respect	25(26.6)	56(60.2)	12(12.9)
-Courtesy, respect, and compassion toward patient	21(22.6)	65(69.9)	7(7.5)
-Pain's patient management	17(18.3)	64(68.8)	12(12.9)
-Coordination and teamwork by staff	28(30.1)	57(61.3)	8(8.6)
-Communication by nurses	19(20.4)	40(43)	34(36.6)
-Psychological support of their patients	21(22.6)	60(64.5)	12(12.9)
-Global satisfaction of cares given to their patients	28(30.1)	54(58.1)	11(11.8)

P 255 : SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE EN MEDECINE INTERNE : UNE SERIE DE 15 CAS

Auteurs : D. Ben Braiek, S. Daadaa, W. Baya, M. Kechida, S. Hammami, R. Klii, I. Khochtali

Service : Service de médecine interne et endocrinologie, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir. *Resumé :*

Introduction : Le syndrome d'activation macrophagique (SAM), qu'il soit primitif ou secondaire, est une entité rare clinico-biologique et histologique caractérisée par une réponse inflammatoire excessive et non contrôlée pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Il constitue une urgence diagnostique et thérapeutique.

Objectif : Décrire les caractéristiques cliniques, biologiques, étiologiques et évolutives des cas de syndrome d'activation macrophagique dans un service de médecine interne.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée dans le service de médecine interne de Monastir sur une période allant de 2008 à 2019 incluant l'ensemble de cas de syndrome d'activation macrophagique dont le diagnostic était retenu selon les critères de Histiocyte Society 2004. Les données anamnestiques, clinico-biologiques, étiologiques ainsi que évolutives ont été collectées à partir des dossiers des malades sur une fiche préétablie.

Résultat : Quinze patients ont été inclus. Il s'agit de 8 hommes et 7 femmes (sex-ratio H/F=1,1). L'âge moyen au moment du diagnostic était de 37 ans avec des extrêmes allant de 15 à 80 ans. Trois patientes étaient déjà suivies à notre service pour lupus érythémateux systémique (LES). Cliniquement, les patients présentaient une fièvre qui était constante (n=15), une splénomégalie (n=7), des adénopathies (n=8), une éruption cutanée (n=7) et une hépatomégalie (n=4). La numération de la formule sanguine a objectivé une anémie normochrome normocytaire chez tous les patients et une pancytopenie chez 8 patients. Les autres anomalies biologiques étaient : une cytolyse (n=12), une hyper ferritinémie (n=12), une hyponatrémie (n=8), une hyper triglycéridémie (n=6) et des troubles de l'hémostase (n=3). Des multiples images d'hémophagocytes étaient constamment présentes au myélogramme. Le SAM était secondaire à : une cause maligne chez 5 patients (un lymphome de Hodgkin (n=2), un lymphome T CD3+ (n=1), une histiocytose hémophagocytaire (n=1), un sarcome de kaposi (n=1)), une cause inflammatoire chez 6 patients (une maladie de Still (n=5) et un LES primo découvert (n=1)) et une cause infectieuse chez 3 patients (une infection à CMV (n=1), une infection à HSV (n=1) et une septicémie à BGN (n=1)). Par ailleurs, le SAM était idiopathique dans un cas. Le traitement était aussi bien symptomatique qu'étiologique. L'évolution était favorable chez huit patients. Sept patients étaient décédés.

Conclusion : Le syndrome d'activation macrophagique constitue une affection souvent méconnue et potentiellement létale. Les étiologies sont multiples pouvant être d'ordre infectieux, inflammatoire ou néoplasique. Son pronostic dépend essentiellement d'un diagnostic étiologique précoce pour démarrer rapidement un traitement adéquat.

P 256 : L'ORIENTATION DES PATIENTS AGES EN AVAL DE LA SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES (SAUV)

Auteurs : Boussaid.I*, Nouirou.NE, Chtourou.D, Hamzaoui.K, Ferajaoui.B, Chemsil.A, Benothmane .M

Service : Service des urgences de l'hôpital Mongi Slim

Introduction : L'orientation des patients âgés en aval de la salle d'accueil des urgences vitales(SAUV) demeure problématique vue l'inadéquation entre la demande et la disponibilité des lits d'hospitalisation notamment en soins intensifs.

Objectif : L'objectif de ce travail est d'étudier l'orientation des sujets âgés à partir de la SAUV

Méthode : étude prospective observationnelle descriptive, incluant les patients admis à la SAUV sur une période de 2 mois (du 1^{er} octobre au 30 novembre 2018).

Résultat : 90 patients ont été inclus, l'âge moyen était de 50 ± 19 ans. Le sexe ratio était de 2.9 .L'hypertension artérielle (HTA) était le facteur de risque cardio vasculaire le plus fréquent (35%) suivi par le diabète (27%). le motif d'admission à la SAUV était lié à un traumatisme grave dans 27% des cas, une dyspnée dans 21 % et une douleur thoracique pour 18 % des patients. La prise en charge thérapeutique faisait appel à une voie veineuse centrale dans 14% de cas, une ventilation non invasive 9%, une intubation orotrachéale 12 % et un drainage thoracique pour 6% des patients. Le contact médical avec les patients admis à la SAUV était immédiat dans 62%. La mortalité chez les sujets âgés de plus de 65 ans était de 17%.La moyenne d'âge des patients admis en réanimation était de 39 ans ±19 ans, les patients non transférés étaient plus âgés avec une moyenne d'âge de 60± 15 ans. Cette différence était significative (OR : 4 ; IC 95% [-24,8 - - 0,9]).

P 257 : SELF-PERCEIVED DISCOMFORTS IN CRITICALLY ILL PATIENTS

Auteurs : M.Zghidi*², I.Ben Saida², A.Baccari², A.Hadhri², E.Ennouri², W.Zarrougui^{1,2}, R.Toumi^{1,2}, T.Ben Ahmed², A.Triki², K.Meddeb^{1,2}, M.Boussarsar^{1,2}

Service : (1) Medical intensive care unit, farhat hached hospital, Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse, UR N° LR12SP09.Heart Failure, Sousse, Tunisia; (2) Medical intensive care unit, Farhat hached university hospital, Sousse, Tunisia

Introduction : Critically ill patients are exposed to stressful conditions and may experience discomforts from multiple sources. Modification of the physical and psychological stressors would contribute positively to the short-term and long-term outcomes during the ICU stay and after the discharge

Objectif : To explore self-perceived discomforts in critically ill patients.

Méthode : A prospective cohort study was performed in medical ICU and anesthesiology department between September 2018 and Mars 2019. All patients admitted during the study period were included. Patients with diminished mental capacity, unable to communicate or refusing to participate in the study were excluded. Patient discomforts were assessed using the 16 items self-reported discomfort questionnaire on discomforts in ICU patients (IPREA). Patients were asked to rate the severity of each discomfort experienced during their ICU stay using a 10-point numerical rating scale (example: 0=no pain and 10=worst pain possible). Patients characteristics were recorded from medical patients 'charts.

Résultat : One hundred twenty patients completed the questionnaire. 51(42%) patients were admitted in the medical ICU. Clinical characteristics were: female, 60 (50%); mean age, 47.9±18.5 years; mean length of stay, 10±2 days; acute respiratory failure, 39 (32.5%); invasive mechanical ventilation, 48 (40%); noninvasive mechanical ventilation, 72(60%) ; tracheostomy, 18 (15%). The four highest discomforts were absence of a phone, pain, sleep deprivation and limited visiting hours and the 4 lowest discomforts were feeling of cold, hunger, bed related discomfort and feeling of heat. Self-perceived discomforts of the 16-item IPREA are displayed in Table1.

Conclusion : The findings of this study shed light on the difficulties that Tunisian ICU patients may experience and that could adversely affect their outcomes.

Items	Mean score ±SD/10
Noise	5.4±3.27
Excess of light	5.1±3.28
Bed related discomfort	5.0±3.25
Sleep deprivation	6.1±3.11
Thirst	5.7±3.07
Cold	4.6±2.99
Heat	5.0±3.07
Hunger	4.7±3.42
Pain	6.2±3.46
Discomfort du to tubes	5.6±3.53
Lack of privation	5.9±3.58
Anxiety	5.7±3.38
Isolation	5.3±3.54
Limited visits hours	6.1±3.12
Absence of phone	6.6±3.42
Lack of information	5.8±3.44

P 258 : THE RELATIONSHIP BETWEEN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, ANXIETY AND DEPRESSION AMONG ICU SURVIVORS

Auteurs : M.Zghidi^{2*}, I.Ben Saida², R.Toumi^{1,2}, A.Triki², T.Ben Ahmed², A.Baccari², W.Zarrougui^{1,2}, E.Ennouri², A.Hadhri², K.Meddeb^{1,2}, M.Boussarsar^{1,2}

Service : (1) Medical intensive care unit, farhat hached hospital, Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse, UR N° LR12SP09.Heart Failure, Sousse, Tunisia; (2) Medical intensive care unit, Farhat hached university hospital, Sousse, Tunisia

Introduction : Many mental disorders can arise after critical illness, including anxiety, depression and post traumatic stress disorder (PTSD). Those psychiatric disorders can impair the quality of life of ICU survivors.

Objectif : The study aimed to estimate the frequency PTSD, anxiety and depression among ICU survivors and to investigate the relationship between those psychiatric disorders.

Méthode : It is a mixed method study conducted in a 9-bed medical ICU of Farhat teaching hospital from January 2017 to January,31 2018 including all ICU survivors beyond 3 months after discharge. Information regarding demographic and clinical characteristics were obtained from medical records. At 3 months post-ICU discharge, the patients were contacted by phone to complete the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Impact Event Revised Scale (IES-R). Spearman's correlation test was done to find the association between PTSD, anxiety and depression among ICU survivors.

Résultat : Three hundred ninety-three patients were admitted during the study period. One hundred ninety-one (48.6%) were discharged alive, 56(29.3%) were never successfully contacted and 21(11%) died within the 3 months' period. One hundred fourteen patients fulfilled the inclusion criteria and were enrolled in the study. Clinical characteristics were: mean age, 56±17.8 years. The majority of patients were males, 66(57.9%) ; current alcohol consumers, 13(11.4) ; median Charlson comorbidity index, 1[1-2] ; Respiratory distress, 79(69.3%) ; median SAPS II at admission, 25[17-31] ; invasive mechanical ventilation, 47(41%) ; vasopressors, 13(26%) ; median of duration of IMV, 0[0-4] ; length of stay, 6[4-10] ; Median IES-R, 19[14-28] ; median HADS A, 4[3-10] ; median HADS D, 5[4-6]. Twenty-five (21.9%) patients met diagnostic criteria for PTSD (IESR≥ 37). Twenty-four (21%) patients had anxiety (HADS A>11) and only eleven (9.6%) had depression (HADS D>11). There was significant correlation between PTSD and anxiety (r=0.663; p=0.000) and PTSD and depression (r=0.696; p=0.000). There was also a statistically significant correlation between anxiety and depression (r=0.601; p=0.000).

Conclusion : Psychiatric disorders after clinical illness are common. There was a strong and significant statistical correlation between anxiety and PTSD, PTSD and depression, and anxiety and depression in ICU survivors at 3 months post ICU discharge.

P 259 : ANTICOAGULATION PRÉVENTIVE CHEZ LES BRÛLÉS : QUELLE DOSE D'ENOXAPARINE ?

Auteurs : K. Faleh (1); H. Ben Ali (1); H. Fraj (1); L. Debbiche (1); B. Maamer (2); B. Gasri (1); I. Jami (1); M. Ben Saad (1); L. Thabet (2); A. Mokline (1); AA. Messaadi (1)

Service : 1-Service de réanimation des brûlés. Centre de traumatologie et des grands brûlés.
2- Service de biologie clinique et banque du sang. Centre de traumatologie et des grands brûlés

Introduction : La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) chez le brûlé grave est une complication insidieuse, grevée d'une lourde morbi-mortalité. Les brûlés ont un risque additionnel d'accidents thromboemboliques (âge avancé, obésité, brûlures des membres inférieurs, cathétérisme, brûlures par électrisation). L'anticoagulation prophylactique est recommandée

Objectif : Déterminer la dose optimale d'énoxaparine chez les brûlés tenant compte de la surface cutanée brûlée (SCB) et du poids corporel pour atteindre une activité antiXa efficace

Méthode : Etude prospective menée au service de réanimation des brûlés de Tunis sur une période de Février 2018 au Septembre 2019. Les patients hospitalisés dans les 24 heures post brûlure pour une durée présumée au delà de 72H ont été inclus. Les patients ayant une contre-indication à l'anticoagulation: un saignement prouvé ou suspecté, une hémorragie cérébrale post traumatique (<48H), ou vasculaire et ceux ayant une insuffisance rénale aiguë (clearance de la créatinine < 30ml/mn ou creat>1.6mg/dl) ont été exclus. L'Enoxaparine a été administré en deux doses par jour selon l'équation suivante: Dose d'Enoxaparin en mg/12H = 22.8 + (3.3

× % SCB/10) + (1.89 × (Poids en kg)/10) [1]. Le dosage d'antiXa se fait au pic de l'activité soit 3 à 5 heures après la 3^{ème} injection. Le taux d'efficacité thérapeutique recommandé est entre 0.2 et 0.4 U/ml.

Résultat : 93 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 35,58 ± 17 ans avec un sexe ratio de 2,33. La SCB était de 32,7% ± 17% avec un poids corporel de 72,7 ± 19,87 kg. Au premier dosage, 43 patients étaient bien dosés (46,25%), 39 patients étaient sous-dosés (41,93%) et 11 patients étaient surdosés (11,82%). Aucun épisode d'hémorragie, de thrombocytopenie ou d'allergie associée à l'héparine n'a été documenté chez aucun des patients de l'étude. La dose médiane d'énoxaparine était de 0,44 mg/12Hrs pour tous les patients. L'anti-Xa était de 0,274 ± 0,05 pour les patients bien dosés, de 0,126 ± 0,06 pour les patients sous-dosés et de 0,52 ± 0,06 pour les patients surdosés.

Conclusion : Au cours de leur hospitalisation, 46,25 % des patients brûlés ont reçu une anticoagulation préventive efficace dès le premier dosage. Le dosage de l'énoxaparine dans les brûlures en tenant compte de la surface brûlée et du poids permet d'avoir une activité anti-Xa efficace. Référence : 1- Faraklas I, and al. J Trauma 2011;71:1557-61

P 260 : GESTION DU RISQUE AU BLOC OPERATOIRE : ROLE DE L'ANESTHESISTE

Auteurs : M. Ben Ali, L. Chtiwi*, M. Bacar, M Khmili, M. Smayria, F Ben Salem , M Gabbiche.

Service : Service d'Anesthésie-Réanimation EPS F B Monastir Tunisie

Introduction : L'équipe multidisciplinaire du bloc Opératoire (BO) est soumise à une discipline rigoureuse pour tendre vers « zéro » le risque péri-opératoire. Le risque anesthésique doit être prévenu par les médecins anesthésiste réanimateurs (MAR) et les techniciens d'anesthésie (TDA).

Objectif : Déterminer le rôle TDA dans la politique de gestion de risque anesthésique dans les hôpitaux universitaires du Sahel Tunisien.

Méthode : Etude descriptive, observationnelle, réalisée aux quatre hôpitaux universitaires de la région du sahel (CHU FB Monastir, CHU T S Mahdia, CHU Sahloul, CHU F H Sousse), concernant le rôle du TDA dans la prévention du risque anesthésique au BO. Nous avons mené une enquête régionale, moyennement un questionnaire composé de 23 items. Les questions posées étaient à propos du lieu d'exercice, le type d'anesthésie pratiqué adulte ou pédiatrique, l'ancienneté, le changement périodique du BO, les moyens de prévention des risques anesthésiques au BO, la formation continue et la simulation pour les TDA en matière de gestion de risque anesthésique au BO.

Résultat : Le nombre total des techniciens participants à cette enquête est n=79, moins de 50% du nombre totale de TAD dans les hôpitaux universitaires du Sahel. Quarante un TDA (n=41/79 ; 51,8%) travaille au BO de chirurgie adulte et pédiatrique, contre 39,2 % au BO adulte (n=31) et 7/79 (8,8 %) au BO de chirurgie pédiatrique. Vingt neuf TDA (36,7%) ont une ancienneté supérieure à 20 ans et 20,2 % (n=16/79) moins de 5 ans. La majorité des TDA (n=57/79 ; 72%) pense que leur rôle vis-à-vis de la sécurité du patient est indispensable et que le moment le plus important pour la sécurité du patient est le per-opératoire. Une activité quotidienne permanente au même bloc opératoire était rapportée chez 58,2% des cas (n=46). La présence au bloc op de 2 anesthésistes par salle + 1 MAR circulants diminue la survenue d'évènements indésirables anesthésiques selon 79,7% des TDA interrogés (n=63/79). Dans le cadre de la mutualisation du BO c.-à-d. le changement périodique du BO, 27,8 % des TDA (n=22/79) ne sont pas satisfait de la gestion du risque anesthésique, lorsqu'il exerce une autre spécialité chirurgicale, tandis qu'uniquement 2/79 (2,5 %) sont très satisfait. Trente trois TDA (41,7%) sont tout à fait d'accord, que la mutualisation du BO est un moyen de développer les compétences, alors que 10 cas (12,6%) ne sont pas d'accord. Plus que la moitié des anesthésistes (n=41; 51,8%) pense que la formation continue et la simulation en matière de la gestion de risque anesthésique au BO est indispensable. Seulement 54,43% des anesthésistes (n=43) ont participé à des formations de.

Conclusion : En matière d'anesthésie, d'énormes efforts ont été accomplis pour améliorer la sécurité anesthésique, les mesures essentielles étaient la formation du personnel qualifié, la mise en place d'équipements de monitoring performants dans les BO et les SSPI et les programmes de simulation pour les MAR et les TDA.

P 261 : SATISFACTION DES PATIENTS APRES CHOLÉCYSTECTOMIES COELIOSCOPIQUE

Auteurs : M Ben Ali, L Chtioui*, M Baccar, M Smayria, T Tabbabi, F Ben Salem, M Gahbiche.

Service : Service d'Anesthésie-Réanimation EPS F B Monastir

Introduction : La satisfaction des patients de la prise en charge (PEC) de la douleur postopératoire (DPO) est une préoccupation majeure de tout Médecin Anesthésiste. Elle s'inscrit dans une démarche continue pré, per et postopératoire.

Objectif : Evaluer la satisfaction des patients de la PEC de la DPO, pour les cholécystectomies coelioscopiques, aux étages après sortie des patients de la SSPI

Méthode : Etude descriptive, observationnelle centré sur le degré de satisfaction des patients de la PEC de la DPO lors des cholécystectomies coelioscopiques (CC). Travail réalisé à l'hôpital universitaire Fatouma Bourguiba de Monastir durant 3 mois. Nous avons inclus les patients ASA I et II, opérés pour CC programmée. Les urgences, les non coopérants ou présentant des troubles cognitifs post opératoires, et les CC converties en laparotomie étaient exclus. Nous avons établi un questionnaire de satisfaction des patients de la PEC de la DPO des CC, et de la communication avec le personnel soignant. Le critère de jugement principal était le degré de satisfaction des patients.

Résultat : Trent sept patients ont été interrogés pendant la période d'étude. L'âge moyen était de $48,7 \pm 12$ ans (extrêmes de 28 à 67 ans) avec prédominance féminine (26/11). De même, dans la littérature les patients proposés pour cholécystectomie coelioscopique sont plus jeunes par rapport à la laparotomie [3] et le sexe féminin était largement prédominant dans la littérature avec 72% des coeliocirurgies étaient des femmes [1]. Trente quatre patients étaient classés moitié ASA1 (n=17 ; 46%), moitié ASA2 et 3 cas (8%) ASA3. Trois quart des patients (n=28 ; 75.7%) n'avait pas reçu d'information en préopératoire concernant la DPO. Cependant, 9 cas (24.3%) avaient eu une prémédication psychologique par les médecins anesthésistes et un entretien concernant la DPO. L'information préopératoire reçue était conforme à la PEC postopératoire vécue chez les 9 cas informés. L'EVA moyen dans les 6 premières heures était 3 (extrêmes de 1 à 6). Trent sept patients ont été interrogés. Uniquement, dix cas (10/37) étaient très satisfaits de la prise en charge de la DPO, contre 46% des cas peu satisfaits et 11 % non satisfaits. Quinze patients (15/37) étaient satisfaits de la communication et de la volonté du personnel soignant. Neuf cas (24%) étaient prémédiqués et informés sur la DPO de la CC. Un traitement antalgique a été administré systématiquement chez 26 patients, contre 11 cas de prise d'antalgique à la demande.

Conclusion : La sous estimation de la DPO lors de la CC expose les patients aux nausées, vomissements et aux scapalgies. Les médecins anesthésistes doivent transmettre une information éclairée aux patients sur ces symptômes et doivent insister sur l'analgésie post opératoire.

P 262 : L'EMBOLIE PULMONAIRE UN CHALLENGE DIAGNOSTIC : A PROPOS DE DEUX CAS

Auteurs : A.Mghirbi*, R.Boubaker, K.Zaouche, M.Kilani, Y.Gharbi, Y.Yayha, M.Modhaffer, H.Maghraoui, K.Majed

Service : Service des urgences. CHU la Rabta

Introduction : Les signes cliniques évocateurs de l'embolie pulmonaire (EP) sont peu spécifiques portant confusion avec d'autres diagnostics en particulier le syndrome coronarien aigu (SCA). Dans cette observation, nous rapportons deux cas d'EP dont la présentation clinique initiale a mimé un SCA

Cas clinique : Cas n° 1 : patiente âgée de 63 ans qui a consulté pour douleur thoracique avec dyspnée. Le diagnostic d'un SCA sans sus-décalage du segment ST a été posé devant la douleur thoracique évocatrice de l'origine coronaire, les facteurs de risque cardiovasculaires (HTA, diabète et dyslipidémie), l'ECG contributif (ondes T négatives en antéro-septo-apical) et la valeur initiale des troponines positives à 844ng/L. La patiente a été hospitalisée aux urgences par défaut de place en cardiologie et traitée comme tel. L'évolution était marquée par la persistance de la tachycardie et la dyspnée avec apparition d'un foyer de sibilants à la base droite sans fièvre ni foyer radiologique. A la biologie, il y'avait une normalisation des taux des troponines. Le diagnostic d'EP a été évoqué, confirmé par un angioscanner thoracique objectivant une EP bilatérale proximale.

Cas n°2: Patient âgé de 73 ans suivi pour HTA, diabète et dyslipidémie a consulté pour syncope. L'examen initial n'a pas révélé de détresse vitale. Il n'y avait pas de signes directs cliniques. A l'ECG on a noté la présence d'un HBAG associé à un BBD incomplet et des ondes T négatives en antérieur. La cinétique des troponines étaient à la hausse de 136 à 1702 ng/l. le diagnostic de SCA sans sus décalage de ST a été posé et le patient était transféré en cardiologie. Devant la présence d'une dilatation des cavités droites à l'échographie avec une coronarographie normale le diagnostic d'EP a été évoqué et confirmé par un angioscanner thoracique

Conclusion : la présentation clinique initiale de l'embolie pulmonaire est souvent trompeuse. Le choix des explorations doit être guidé par des scores cliniques mais aussi par le bon sens du clinicien

P 263 : HÉPATITE AIGUE FULMINANTE TOXIQUE

Auteurs : N. Zauouak, M. Ellouz, O. Khrouf, S. Othmani, H. Hedhli, M. Naija, A. Oussaifi, R. Kaddour, R. Hamed

Service : Service des urgences de l'hôpital Charles Nicolle

Introduction : L'hépatite aiguë fulminante est une nécrose massive du parenchyme hépatique, ayant pour conséquence directe l'impossibilité pour le foie d'assurer sa fonction de synthèse et de détoxication. Parmi les complications aiguës les plus douteuses est l'acidose sévère par accumulation de lactate.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 60 ans qui consulte pour douleur abdominale aiguë, ictère cutanéomuqueux et des vomissements évoluant depuis 24 heures. Aux antécédents de cholécystectomie et de tuberculose pleuro-pulmonaire, pour laquelle a été mis sous antituberculeux depuis 1mois. A l'examen initial, le patient était conscient et ne présentait ni détresse respiratoire ni hémodynamique. Il avait une sensibilité au niveau hypochondre droit avec un ictère cutanéomuqueux sans notion de fièvre. A la biologie, il avait une acidose métabolique lactique sévère (ph à 6,90 et lactates >15mmol/l), une cytolysse à 30 fois la normale, une cholestase à 10 fois la normale et un TP spontanément bas à 15%. La glycémie ainsi que la fonction rénale étaient correctes. Une échographie abdominale avec un complément TDM ont montré une morphologie normale du foie et des voies biliaires ainsi que la présence d'un épaississement duodénal et jéjunal d'allure inflammatoire. L'évolution a été marquée par une chute tensionnelle nécessitant le recours à la noradrénaline et la ventilation mécanique. Le patient a bénéficié en urgence d'une séance d'hémodialyse déroulée sans incident avec à la gazométrie post-hémodialyse un ph=7,09 et des lactates>15mmol/l. L'alcalinisation a été discutée mais non faite. L'évolution était défavorable et le malade est décédé 48 heures après son transfert en réanimation.

Conclusion : L'hépatite aiguë fulminante est une pathologie létale par ses complications aiguës telle que l'acidose sévère avec retentissement viscéral. En l'absence d'une récupération spontanée, la transplantation hépatique reste le seul traitement efficace et radical.

P 264 : THROMBUS INTRA AORTIQUE NON ATHEROMATEUX

Auteurs : MS.Mtir, A.Harzali, N.Ajmi, MM.Sboui, R.Chrigui, A.Chouech, W.Naija

Service : Service d'anesthésie et ranimation Sahloul

Introduction : Les thromboses intra Aortique sont le plus souvent d'origine athéromateuse au sein de la paroi Aortique, cependant des cas rapportés sur des artères saines. Une centaine de cas des thrombus sur artères saines ont été décrites, considérés comme <<cas isolés>>.

Cas clinique : Femme âgée de 40 ans, sans antécédents pathologiques notables ni facteurs de risque cardio vasculaire, consultant pour parésie, froideur et pâleur du membre supérieur droit(MSD). Une échographie doppler du MSD et des troncs supra Aortique(TSA) a été faite en urgence objectivant un amortissement du flux sanguin du MSD et une angioTDM thoraco-abdominale montrant: deux emboles au niveau de l'ostéum du tronc artériel brachio-céphalique droit(TABCD) et de l'artère carotide gauche se prolongeant dans la partie supérieure de la crosse aortique sans occlusion totale, l'ETO qui fait partie aussi des piliers de diagnostic n'a pas été faite. Le diagnostic d'un thrombus intra aortique sur artère saine révélé par une ischémie du Membre supérieur est posé. La patiente a été opérée d'emblé et a bénéficié d'une thrombectomie avec pontage aorto-TABCD sous anesthésie générale sans être précédé par un geste endoluminal. L'évolution a été marquée par la disparition des plaintes initiales ainsi que l'absence de complication secondaire notamment d'origine ischémique ou embolique dans les jours qui suivent. Un bilan d'hémophilie revenu sans anomalie et l'examen anatomo-pathologique est en cours afin d'éliminer une lésion athéromateuse focale isolée occasionnant un thrombus ou une pathologie inflammatoire. La stratégie thérapeutique fait appel aux anticoagulants mais il n'est pas codifiée, le suivi clinique est capital devant la possible révélation de pathologie sous jacente pour affiner la conduite à tenir surtout concernant les anticoagulants au long court

Conclusion : Les thrombus aortique sur artères saines est un diagnostic rare et d'origine souvent méconnu. C'est une urgence dont le pronostic vital et fonctionnel est engagé en cas de retard au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique.

Index des auteurs

- **Abdelhak. L. :** P 220
- **Abdelhedi. A. :** P 204, P 237
- **Abdeljelil. M. :** P 109, P 120, P 121, P 122, P 232
- **Abdelkafi. Y. :** P 056, P 146, P 161, P 138, P 139, P 167, P 168
- **Abdellatif. S. :** P 001, P 052, P 095, P 096, P 103, P 110, P 118, P 132, P 135, P 157, P 234, F.C 002, F.C 003, F.C 004, F.C 007, F.C 010, F.C 035, F.C 037, F.C 043, F.C 044
- **Abdennebi. L. :** P 154, P 208
- **Abdennebi. C. :** P 001, P 095, P 118, F.C 036, F.C 036, F.C 037, F.C 044
- **Abderrahim. A. :** P 084, P 093, F.C 025, F.C 050, F.C 053
- **Abid. S. :** P 116, P 147, F.C 024, F.C 047, F.C 053
- **Abid. E. :** P 010, P 013, F.C 021
- **Abidi. R. :** P 147
- **Abidi. A. :** P 096, P 084, P 093, F.C 025, F.C 050
- **Abjaw. Z. :** P 034, P 034, P 060, P 076, P 175
- **Abouelhassan. T. :** P 071, P 188, P 221, P 076, P 082, P 175
- **Abroug. F. :** P 189, F.C 032, F.C 034
- **Achouch. S. :** P 001, F.C 007
- **Achouri. A. :** P 079, P 079, P 080, P 179, F.C 020
- **Aguir. S. :** P 195, P 212, P 214
- **Aissi. M. :** P 031
- **Ait bahssain. H. :** P 083, P 085
- **Ajmi. M. :** P 184, P 236, P 264, F.C 011
- **Akkeri. S. :** P 090
- **Alila. I. :** F.C 051
- **Allala. R. :** P 138, P 139, P 167, P 168
- **Allouche. E. :** P 044, P 231
- **Aloui. I. :** P 059
- **Alouini. A. :** F.C 026
- **Amara. W. :** P 053
- **Amarir. H. :** P 188
- **Ammar. R. :** P 002, P 011, P 027, P 030, P 070, P 072, P 098, P 101, P 137, P 152, P 155, P 227, F.C 005, F.C 006, F.C 008, F.C 046, F.C 051
- **Ammar. Y. :** P 023, P 038, P 054
- **Ammar. K. :** P 105, P 169, P 148, P 164, P 182, P 239, P 240
- **Ammar. W. :** F.C 028
- **Ammous. A. :** P 062
- **Amor. D. :** P 029
- **Amous. A. :** P 053
- **Amri. S. :** P 074
- **Anane. K. :** P 006
- **Aouam. A. :** P 109, P 120, P 121, P 122, P 232
- **Arafa. M. :** P 019, P 039, P 050, P 089, P 090, P 091, P 108, P 209, P 213, P 228, P 229, P 233
- **Asma. H. :** P 156
- **Ayed. S. :** P 046, P 102, P 106, P 133, F.C 029, F.C 030, F.C 031
- **Ayedi. R. :** P 029
- **Azaza. W. :** P 078
- **Azouzi. A. :** P 063, F.C 017
- **Azouzi. F. :** F.C 001
- **Baccar. M. :** P 214, P 260, P 261, P 195, P 212
- **Baccar. K. :** P 004, P 147
- **Baccari. A. :** P 032, P 058, P 075, P 094, P 201, P 202, P 257, P 258
- **Baccouche. N. :** P 028, P 030, P 033, P 070, P 098, P 104, P 117, P 137, P 222, P 225, F.C 006, F.C 046
- **Baccouche. R. :** P 026, P 041, P 042, P 043, P 047, P 067, P 073, P 092, P 112, P 114, P 115, P 123, P 131, P 154, P 180, P 185, P 186, P 200, P 208, P 235, P 243, P 244, F.C 052
- **Bachrouch. M. :** P 023, P 148, P 164, P 182, P 239, P 240
- **Badi. AO. :** P 166
- **Baffoun. N. :** P 004, P 014, P 147
- **Bahloul. M. :** P 002, P 011, P 027, P 028, P 030, P 033, P 070, P 072, P 098, P 101, P 104, P 117, P 137, P 152, P 155, P 222, P 225, P 227, F.C 005, F.C 006, F.C 008, F.C 046, F.C 051
- **Bahri. B. :** F.C 026, F.C 035
- **Bahria. W. :** P 170
- **Bannour. M. :** P 022
- **Battikh. H. :** P 103
- **Bawandi. R. :** P 148
- **Baya. W. :** P 057, P 255
- **Bayar. M. :** P 023, P 038, P 054, P 148, P 164, P 182, P 239
- **Bazdeh. L. :** P 044, P 231
- **Bchir. M. :** P 036, P 220, P 226, P 230
- **Bedhaifi. A. :** F.C 034
- **Bekir. A. :** P 063
- **Bel Hadj. S. :** P 008
- **Bel Hadj Kacem. H. :** P 192
- **Bel Hadj Youssef. S. :** P 016, P 129, P 029, P 084, P 084, P 093, P 134, P 171, P 173, F.C 009, F.C 050
- **Belaid. M. :** P 024
- **Belgacem. I. :** P 090
- **Belhaj amor. D. :** P 053
- **Belkacem. A. :** P 140
- **Ben Aba. F. :** F.C 026, F.C 027, F.C 035
- **Ben Abbes. Z. :** P 166
- **Ben Abdallah. S. :** P 189
- **Ben Abdallah. M. :** P 245
- **Ben Abdennebi. C. :** F.C 027
- **Ben Ahmed. T. :** P 254, P 032, P 058, P 075, P 094, P 201, P 202, P 257, P 258
- **Ben Ahmed. S. :** P 192
- **Ben Ahmed. H. :** P 231, F.C 032, F.C 033
- **Ben Ahmed. H. :** F.C 012
- **Ben Aicha. I. :** P 140
- **Ben Aii. H. :** P 061, P 124, P 124, P 162, P 126, P 142, P 143, P 224, F.C 015
- **Ben alaya. L. :** P 017, P 066, P 144, P 151, P 215, P 216
- **Ben Algia. N. :** P 105, P 169
- **Ben Algia. K. :** P 105, P 169
- **Ben Ali. M. :** P 031, P 059, P 069, P 192, P 238, P 260, P 261
- **Ben Ali. Y. :** P 130, P 197, P 210, P 218, P 259, F.C 019, F.C 039
- **Ben Amara. E. :** P 184, P 236, F.C 011
- **Ben Amira. F. :** P 056, P 149, P 146, P 161, P 204, P 246, P 247
- **Ben Amor. S. :** P 016
- **Ben Amor. M. :** P 104, P 138, P 139, P 167, P 168, P 245
- **ben amor. N. :** P 251
- **ben amor. G. :** P 253, F.C 026
- **Ben Amor. M. :** P 149, P 150
- **Ben Bdira. B. :** F.C 033
- **Ben Brahim. H. :** P 109, P 120, P 121, P 122, P 232
- **Ben Braiek. D. :** P 032, P 045, P 057, P 128, P 255, P 136, P 203
- **Ben Dabebiss. R. :** P 020, P 021, P 045, P 136, P 203, P 250
- **Ben El Hadj. S. :** P 103
- **Ben Frej. F. :** P 122
- **Ben Garfa. A. :** P 015, P 063, F.C 001
- **Ben Hamida. A. :** P 043
- **Ben Hamida. A. :** P 073, P 073, P 092, P 154, P 180, P 208, P 235, P 243
- **Ben Hamida. C. :** P 002, P 011, P 027, P 028, P 030, P 033, P 070, P 072, P 098, P 101, P 104, P 117, P 137, P 152, P 155, P 222, P 225, P 227, F.C 005, F.C 006, F.C 008, F.C 046, F.C 051
- **Ben Hassen. K. :** P 062
- **Ben Hassine. A. :** P 023, P 038, P 054, P 164, P 182, P 239
- **Ben Hassine. A. :** P 240, P 148
- **Ben Ismail. K. :** P 115, P 163, P 207, P 065
- **ben Jazia. K. :** P 176, P 249, F.C 040
- **Ben Jrad. G. :** P 039
- **Ben Kaddour. R. :** P 007, P 119, P 181, P 226, F.C 018
- **Ben kaddour. A. :** P 230
- **Ben Kahla. N. :** P 148, P 164, P 182, P 240
- **Ben Khelil. J. :** P 046, P 102, P 106, P 133, F.C 029, F.C 030, F.C 031
- **Ben Lakhhal. S. :** P 001, P 052, P 095, P 096, P 103, P 110, P 118, P 132, P 135, P 157, P 234, F.C 002, F.C 003, F.C 004, F.C 007, F.C 010, F.C 035, F.C 037, F.C 043, F.C 044
- **Ben Lamine. F. :** F.C 035
- **ben Lassoued. M. :** P 039, P 050, P 108, P 209, P 213, P 228, P 229
- **Ben Mahmoud. N. :** P 020, P 021
- **Ben Mansour. M. :** P 022, P 097, P 238, P 178
- **Ben Mefteh. N. :** P 054, P 148, P 164, P 182, P 023
- **Ben Naceur. A. :** P 223
- **Ben Othmane. M. :** P 006, P 170, P 256, F.C 041
- **Ben Othmen. M A. :** P 018, P 022, P 097, P 193, P 195, P 212, P 214, P 238
- **Ben Othmen. Y. :** P 005, P 024
- **ben Ouardi. B. :** P 241
- **Ben Rejeb. M. :** P 053, P 136, P 147, P 203
- **Ben Rhaiem. R. :** P 005, P 223, F.C 011
- **Ben Romdhane. A. :** P 021
- **Ben Romdhane. K. :** P 107
- **Ben Saad. K. :** P 088, P 091, P 233
- **Ben Saad. M. :** F.C 024, F.C 049, F.C 047, F.C 053
- **Ben Saïda. I. :** P 058, P 156, P 198, P 201, P 202, P 254, P 257, P 258, F.C 019, F.C 028
- **Ben Salem. F. :** P 018, P 022, P 097, P 193, P 195, P 212, P 214, P 238, P 172
- **Ben Salem. Y. :** P 068, P 099, P 100, P 122
- **Ben Salem. F. :** P 031, P 059, P 260
- **Ben Salem. A. :** P 044, P 231
- **Ben Sik Ali. H. :** P 010, P 013, P 130, P 191, P 197, P 210, P 218, F.C 021, F.C 033, F.C 039, F.C 045
- **Ben Slema. Y. :** P 005
- **Ben Slimen. C. :** P 015, F.C 017
- **Ben Sliméne. N. :** P 107, P 174, F.C 048
- **Ben Yedder. A. :** P 062
- **Ben youssef. I. :** P 170

• **Ben Zarrouk. S :** F.C 048

• **Berdai. MA :** P 049, P 183

• **Bergaoui. H :** P 004, P 014

• **Besbes. M :** P 046, P 102, P 106, P 133, F.C 029, F.C 030, F.C 031

• **Betout. S :** P 140, P 165, P 220

• **Bhira. A :** P 123

• **Bhourri. I :** P 006, P 170

• **Bhourri. M :** P 015

• **Bouabid. M :** P 017, P 066, P 144, P 151, P 215, P 216

• **Bouattour. A :** P 070, P 098, P 028, P 117, P 137, P 155

• **Bouaziz. M :** P 002, P 011, P 027, P 028, P 030, P 033, P 070, P 072, P 098, P 101, P 104, P 117, P 137, P 152, P 155, P 222, P 225, P 227, F.C 005, F.C 006, F.C 008, F.C 046, F.C 051

• **Boubaker. R :** P 026, P 041, P 042, P 043, P 047, P 051, P 067, P 073, P 079, P 080, P 092, P 111, P 112, P 113, P 114, P 123, P 153, P 177, P 179, P 180, P 185, P 194, P 200, P 207, P 208, P 211, P 235, P 244, P 248, P 262, F.C 020, F.C 035, F.C 042, F.C 052

• **Boubaker. AL :** P 195, P 212, P 214

• **Bouchaala. K :** P 002, P 027, P 072, P 101, P 227, F.C 008, F.C 051

• **Bouchaira. H :** P 144, P 144, P 017, P 066, P 151, P 215, P 216

• **Boudhraf. A :** F.C 023

• **Boughanmi. M :** P 004, P 135

• **Bougharriou. S :** P 086

• **Bougezzi. N :** P 160, P 009

• **Bouhamed. O :** P 017, P 066, P 144, P 151, P 216, P 215

• **Bouhlef. A :** P 055, P 223

• **Bouidir. Y :** P 003, P 012, P 025, P 035, P 071, P 077, P 082, P 083, P 159, P 188, P 190, P 199, P 221, P 241, P 241, P 085, F.C 022

• **Boujelbene. M :** P 020, P 021, P 045

• **Boukadida. J :** P 068, P 068, P 099, P 100, P 122

• **Boukadida. F :** P 127, P 217

• **Bouker. N :** P 133

• **Bounaoues. I :** P 062

• **Bouslama. A :** P 029

• **Bousnina. M :** P 048

• **Boussaid. I :** P 006, P 178, P 256

• **Boussarsar. M :** P 032, P 058, P 075, P 094, P 156, P 198, P 201, P 202, P 254, F.C 019, F.C 028

• **Boussema. K :** P 048

• **Boussoufara. M :** P 196

• **Bouzari. J :** P 242

• **Bouzawech. Y :** F.C 029

• **Bouزيد. A :** P 017, P 066, P 144, P 151, P 215, P 216

• **Bouزيد. S :** P 149, P 150

• **Bouزيد. H :** P 001

• **Bradai. H : Absent**

• **Bradai. S :** P 028, P 011, P 030, P 033, P 101, P 104, P 137, P 139, P 152, P 155, P 168, P 222, P 225, P 227

• **Brahim. A :** P 249, F.C 040

• **Brahmi. N :** P 074, P 251, P 253, F.C 013, F.C 014

• **Brahmi. H :** P 061, P 086, P 124, P 126, P 142, P 143, P 162, P 224, F.C 015

• **Celly. H :** P 222, P 225

• **Chaabene. M :** P 178

• **Chakroun. M :** P 109, P 120, P 121, P 122, P 232

• **Chakroun. S :** P 018, P 022, P 097, P 193, P 195, P 212, P 214, P 238

• **Chakroun Walha. O :** P 056, P 146, P 149, P 150, P 161, P 204, P 237, P 245, P 246, P 247

• **Chaouch. A :** P 223

• **Chaouech. H :** P 006

• **Chaouech. S :** P 010, P 172, P 191, P 197, P 198, F.C 021, F.C 033, F.C 039, F.C 045

• **Chargui. A :** P 114

• **Charmi. Z :** P 149

• **Chatbri. B :** P 019, P 089, P 088, P 090, P 091

• **Chebili. N :** P 055

• **Chelbi. R :** P 010, P 191, P 210, P 218, F.C 028, F.C 045

• **Chelly. H :** P 002, P 028, P 011, P 070, P 072, P 098, P 137, P 152, P 155, F.C 005, F.C 006, F.C 046

• **Chemli. W :** P 191, P 210, P 218, F.C 045

• **Chemsi. A :** P 178, P 256

• **Chermi. I :** P 037, P 141, F.C 001

• **Chiboub. S :** P 015, P 037, P 063, P 141

• **Chikhaoui. G :** P 063

• **Chouchene. S :** P 016, P 084, P 093, P 129, P 134, F.C 050

• **Chouchene. I :** P 156

• **Chouech. A :** P 024, P 264

• **Chrigui. R :** P 223, P 264

• **Chtara. K :** P 027, P 033, P 098, P 101, P 104, P 117, F.C 005, F.C 051

• **Chtioui. L :** P 018, P 260

• **Chtourou. D :** P 006, P 170, P 178, P 256, F.C 041

• **Daadaa. S :** P 057, P 255

• **Daami. H :** P 223, P 236

• **Dachraoui. F :** P 189

• **Dakraoui. A :** P 064

• **Daly. F :** P 001, P 052, P 095, P 095, P 096, P 103, P 110, P 118, P 132, P 135, P 157, P 234, F.C 002, F.C 003, F.C 007, F.C 010, F.C 035, F.C 037, F.C 043, F.C 044

• **Dammak. M :** P 245

• **Debbiche. L :** P 009, P 160, P 259, F.C 009, F.C 024, F.C 049

• **Dekkhakna. A :** P 166

• **Demni. W :** P 039, P 209

• **Derkaoui. A :** P 158, P 206

• **Dhaouadi. R :** P 043, P 073, P 248

• **Djebbi. O :** P 209

• **Dlala. I :** P 140, P 145, P 220

• **Dlala. M :** P 117, P 138, P 139, P 152, P 168, F.C 046

• **Doghri. H :** F.C 026, F.C 027, F.C 035

• **Douirek. F :** P 003, P 012, P 190

• **Douma. R :** P 016

• **Draief. S :** P 116, F.C 047, F.C 049

• **Dridi. A :** P 048, P 217

• **Drira. H :** F.C 025

• **Drira. D :** P 069, P 192

• **Driss. A :** P 004

• **El Adib. AG :** P 025, P 034, P 060, P 159, P 241, P 242, F.C 022

• **EL Atrous. S :** P 010, P 013, P 130, P 140, P 191, P 197, P 210, P 218, F.C 021, F.C 033, F.C 039, F.C 045

• **El Euch. A :** P 023, P 038, P 148, P 164, P 182, P 239

• **El Felah. K :** P 009

• **EL Hamdi. M :** P 196

• **El Hamzaoui. H :** P 188, P 221

• **El Hechmi. YZ :** P 205, F.C 026, F.C 027, F.C 035, F.C 038

• **El Kaouri. M :** P 003, P 025, P 035, P 077, P 125, P 219, P 252

• **El Louz. M :** P 007, P 036, P 181, P 226, P 263, P 230

• **El Mabrouk. K :** P 014

• **Ennouri. E :** P 032, P 037, P 058, P 075, P 094, P 152, P 201, P 202, P 257, P 254, P 258, F.C 006

• **Essafi. F :** P 107, F.C 048

• **Ezzairi. I :** P 205

• **Fadhel. R :** P 015, P 248

• **Falfoul Borsali. N :** P 205, F.C 026, F.C 027, F.C 035, F.C 038

• **Fardjallah. R :** P 166

• **Fathallah. I :** P 084, P 093, F.C 025, F.C 050, F.C 053

• **Fatnassi. M :** P 251, P 253, F.C 013, F.C 014

• **Fazzeni. H :** P 001, P 132, F.C 003, F.C 007, F.C 010

• **Fekih Hassen. M :** P 010, P 013, P 130, P 191, P 197, P 210, P 218, F.C 021, F.C 033, F.C 039, F.C 045

• **Fraj. H :** P 009, P 116, F.C 009, F.C 019, F.C 024, F.C 028, F.C 047, F.C 049

• **Frih. M :** P 031

• **Gafsi. B :** P 022

• **Gahbiche. M :** P 022, P 018, P 031, P 059, P 097, P 193, P 195, P 212, P 214, P 261

• **Gamara. F :** P 160, P 205

• **Garbaa. Y :** P 061, P 124, P 126, P 142, P 143, P 162, P 224, F.C 015

• **Garma. R :** P 236

• **Ghabara. R :** F.C 029, F.C 031

• **Ghadhoune. H :** P 061, P 086, P 124, P 126, P 142, P 143, P 162, P 224, F.C 015

• **Ghali. Y :** F.C 013

• **Ghalia. B :** P 156

• **Gharbi. R :** P 010, P 013, P 130, P 191, P 197, P 210, P 218, F.C 021, F.C 033, F.C 039, F.C 045

• **Gharbi. E :** P 245

• **Gharbi. Y :** P 026, P 041, P 067, P 112, P 113, P 154, P 185, P 186, P 208, P 243, P 262, F.C 052

• **Ghazali. H :** P 015, P 037, P 063, P 127, P 141, F.C 001, F.C 038

• **Ghoumid. Z :** P 035, P 071, P 077, P 125, P 219, P 252

• **Gnena. H :** P 007, P 044, P 081, P 119, P 181, P 231, F.C 018

• **Gorbel. R :** F.C 051

• **Guerbouj. I :** P 039

• **Guisouma. J :** P 061, P 061, P 086, P 124, P 126, P 142, P 143, P 162, P 224, F.C 015

• **Hachimi. A :** P 199

• **Hadhri. A :** P 032, P 075, P 094, P 058, P 254, P 257, P 258

• **Hagui. M :** P 019, P 050, P 089, P 108, P 209, P 213, P 228, P 229

• **Hamdeni. M :** P 041, P 042, P 043, P 047, P 211, F.C 042

• **Hamdi. M :** P 014, P 196, P 209, P 233

• **Hamed. R :** P 007, P 036, P 081, P 226, P 264, P 119, P 181, P 230, F.C 018

• **Hammami. R :** P 019, P 088, P 089

• **Hammami. S :** P 057, P 255

• **Hammouda. H :** P 014

• **Hammouda. Z :** P 087, P 189, F.C 012, F.C 023, F.C 029, F.C 032, F.C 034

• **Hamzaoui. K :** P 039, P 209, P 050, F.C 041

- **Harandou. M :** P 049, P 183
- **Harouak. H :** P 166
- **Harzali. A :** P 005, P 184, P 264, F.C 011, P 024
- **Hasnaoui. T :** P 172
- **Hassaini. O :** F.C 042
- **Hassine. A :** P 016
- **Hedhli. H :** P 007, P 081, P 181, P 230, P 263, F.C 018
- **Heni. S :** P 155, F.C 005
- **Hentati. A :** P 215
- **Hmouda. H :** P 008, P 016, P 020, P 021, P 029, P 045, P 129, P 134, P 136, P 171, P 173, P 203, P 250
- **Hosni. D :** F.C 038
- **Houli. R :** P 061, P 124, P 126, P 142, P 143, P 162, P 224, F.C 015
- **Houri. F :** F.C 032, F.C 034
- **Issaoui. F :** **Absent**
- **Jalloul. F :** P 105, P 169
- **Jami. I :** P 009, F.C 024
- **Jamoussi. A :** P 046, P 102, P 106, P 133, F.C 030, F.C 031
- **Jaoued. O :** P 010, P 013, P 130, P 140, P 191, P 197, P 210, P 218, F.C 021, F.C 033, F.C 039, F.C 045
- **Jebali. A :** P 039, P 050, P 092, P 108, P 111, P 213, P 228, P 229
- **Jebbari. A :** P 205
- **Jemai. M :** P 041, P 042, P 043, P 046, P 047, F.C 042
- **Jendoubi. A :** P 119
- **Jerbi. N :** P 140, P 145, P 165, P 172, P 220
- **Jmal. A :** P 048
- **Kaddour. C :** P 004, P 014, P 147
- **Kaddour. R :** P 036, P 263, F.C 048
- **Kahlouchi. K :** P 166
- **Kahloul. M :** P 005, P 184, F.C 011
- **Kalfallah. A :** P 140, P 172
- **Kallel. H :** P 011, P 198, P 227, F.C 008, F.C 019, F.C 028
- **Kallel. M :** P 039, P 046, P 050, P 108, P 141, P 209, P 213, P 228
- **Kallel. E :** P 050, P 088, P 090, P 091, P 108, P 209, P 213, P 228, P 229, P 233
- **Kallel. MA :** P 051
- **Kammoun. R :** P 119
- **Kamoun. S :** P 061, P 124, P 126, P 142, P 143, P 162, P 224, F.C 015
- **Kaouak. N :** P 226
- **Karray. R :** P 149, P 150
- **Kechida. M :** P 057, P 255
- **Kerkeni. W :** P 140, P 172, P 220
- **Khaled. L :** P 050
- **Khaled. A :** P 065, P 163, F.C 030, F.C 030
- **Khalfallah. A :** P 165
- **Khalouki. M :** P 083, P 159, P 219
- **Kharrat. S :** P 086, P 189, F.C 012
- **Khaskhoussi. M :** P 036, P 039, P 081, P 181, P 209, P 226, P 229, F.C 018
- **Khatouf. M :** P 158, P 206
- **Khedher. S :** P 163, P 065
- **Khelil. MH :** P 051
- **Khmili. M :** P 260
- **Khochtali. I :** P 057, P 255
- **Khrout. M :** P 128
- **Khrout. O :** P 263
- **KILA. M :** F.C 042
- **Kilani. M :** P 041, P 042, P 043, P 111, P 114, P 177, P 185, P 186, P 262
- **Klii. R :** P 057, P 255
- **Kooli. I :** P 109, P 120, P 121, P 122, P 232
- **Korbsi. B :** P 148, P 164, P 182, P 239
- **Kouki. S :** P 039
- **Kouraichi. N :** P 084, P 093, F.C 025, F.C 050, F.C 053
- **Kraiem. S :** P 205
- **Ksouri. M :** P 061, P 086, P 124, P 142, P 143, P 162, P 224, F.C 015
- **Lachihib. N :** P 144
- **Lahmar. M :** P 189, F.C 023, F.C 032
- **Lakhal. J :** P 148, P 164, P 182
- **Lakhdher. D :** P 046, F.C 030, F.C 031
- **Lamine. K :** P 019, P 088, P 089, P 090, P 091, P 108, P 209, P 213, P 228, P 229, P 233
- **Lazreg. W :** P 189, F.C 012
- **Loghmari. D :** P 055
- **Loussaief. C :** P 109, P 120, P 121, P 122, P 232
- **Maamouri. H :** P 074, P 251, P 253, F.C 013, F.C 014
- **Maamri. M :** P 062
- **Maaref. A :** P 036, P 081, P 230, F.C 018
- **Maatouk. I :** P 189, F.C 033
- **Maatouk. S :** F.C 023, F.C 034
- **Maayoufi. H :** F.C 048
- **Mabrouk. M :** F.C 001
- **Maghraoui. H :** P 041, P 042, P 043, P 047, P 051, P 111, P 114, P 115, P 177, P 185, P 207, P 186, P 211, P 248, P 262, F.C 038, F.C 042
- **Mahfoudhi. H :** P 039
- **Mahmoud. J :** P 020, P 021, P 045, P 129, P 136, P 203, P 250
- **Mahmoud. N :** P 045
- **Mahmoudi. A :** P 055, P 128
- **Majed. K :** P 041, P 042, P 043, P 047, P 051, P 111, P 114, P 177, P 185, P 186, P 207, P 211, P 248, P 263, F.C 038, F.C 042
- **Makni. S :** P 013, P 130, P 197, F.C 021, F.C 033, F.C 039
- **Makoudi. M :**
- **Makoudi. M :** P 003, P 012, P 025, P 071, P 082, P 083, P 085, P 159, P 188, P 190, P 221, P 242
- **Mansouri. S :** F.C 016
- **Marghli. S :** P 140, P 145, P 165, P 172, P 220
- **Marrakchi. W :** P 109, P 120, P 121, P 122, P 232
- **Marzougui. S :** P 023, P 054, P 164, P 182
- **Marzouk. M :** P 068, P 099, P 100, P 122, F.C 012
- **Massoudi. Y :** P 053
- **Mbarek. R :** P 055
- **Meddeb. K :** P 032, P 058, P 075, P 094, P 156, P 201, P 202, P 254, P 257, P 258, F.C 019
- **Medhioub. F :** P 138, P 139, P 167, P 167, P 168
- **Meftah. A :** P 008, P 016, P 029, P 129, P 134, P 171, P 205, F.C 026, F.C 035
- **Mehdi. A :** P 001, P 132, F.C 003, F.C 007, F.C 010
- **Mehrez. I :** **Absent**
- **Mehri. S :** P 041, P 185, P 186
- **Mejri. K :** P 053, P 115
- **Mekki. M :** P 164, P 182
- **Merhabene. T :** P 107, P 174, F.C 016, F.C 048
- **Messadi. AA :** P 009, P 116, P 160, F.C 009, F.C 024, F.C 047, F.C 049, F.C 053
- **Messaoud. L :** P 106
- **Mestiri. T :** P 048, P 217
- **Methamem. M :** P 128, F.C 026, F.C 035, F.C 038
- **Mghirbi. A :** P 051, P 067, P 073, P 087, P 092, P 111, P 114, P 131, P 153, P 177, P 180, P 186, P 194, P 208, P 235, P 243, P 244, P 262
- **Mhadhbi. H :** P 019, P 078, P 079, P 080, P 088, P 089, P 090, P 091, P 131, P 179, P 233, F.C 020
- **Mili. E :** P 022, P 031, P 018, P 193, P 195, P 212, P 214, P 238
- **Missaoui. R :** P 005, P 184
- **Missaoui. I :** P 055, P 128
- **Modhaffer. M :** P 040, P 042, P 047, P 078, P 111, P 187, P 248, P 262
- **Mokline. A :** P 009, P 116, P 160, F.C 009, F.C 024, F.C 047, F.C 049, F.C 053
- **Mourouth. H :** P 190, P 252
- **Mtir. MS :** P 005, P 024, P 223, P 264
- **Naffeti. E :** P 038, P 164, P 182
- **Naggara. I :** P 090
- **Nahdi. N :** P 073, P 248
- **Naija. W :** P 005, P 024, P 184, P 223, P 264, F.C 011
- **Naija. M :** P 081, P 119, P 263
- **Nasri. R :** P 001, P 157, F.C 004
- **Nasri. A :** P 056, P 138, P 139, P 161, P 167, P 167, P 168, P 204, P 237
- **Nasri. AB :** P 149, P 150
- **Nehdi. N :** P 042
- **Nesib. D :** P 115, P 185, P 207
- **Ngach. M :** P 015, P 037, P 141, F.C 017
- **Noomen. R :** P 014
- **Nouira. W :** P 087, P 145, P 165, P 172, F.C 023, F.C 029, F.C 032, F.C 034
- **Nsiri. W :** P 004
- **Omri. F :** P 189
- **Othmani. S :** P 007, P 036, P 119, P 181, P 226, P 263
- **Ouanes. I :** P 189
- **Ouanes Besbes. L :** P 087, P 189, F.C 012, F.C 023, F.C 029, F.C 032, F.C 034
- **Quaz. I :** P 024
- **Querghi. S :** P 048, P 217
- **Oueslati. N :** P 226, F.C 018
- **Quezani. H :** P 166
- **Oulaceb. S :** P 166
- **Ounalli. R :** P 069
- **Oussaifi. A :** P 263
- **Rbai. E :** P 023, P 038, P 148, P 240
- **Rebahi. H :** P 241
- **Rejeb. I :** F.C 009, F.C 024
- **Rekik. N :** P 056, P 146, P 149, P 150, P 161, P 204, P 237, P 245, P 246, P 247
- **Rezgui. E :** P 211

- **Ribahi. H :** P 025, P 034, P 241, F.C 022
- **Rkik. A :** P 044, P 231
- **Romdhane. A :** P 020, P 045
- **Rouis. S :** F.C 028
- **Rubahi. H :** P 060
- **Saad. J :** F.C 029
- **Saad. H :** P 059
- **Saddem. I :** P 062
- **Sakis. D :** F.C 004
- **Salem. M :** P 065, P 163
- **Salmane. N :** F.C 038
- **Samet. M :** P 061, P 124, P 126, P 142, P 143
- **Samet. A :** P 149, P 150
- **Samet. M :** P 162, P 224, F.C 015
- **Samkaoui. MA :** P 003, P 012, P 190
- **Sboui. MM :** P 264
- **Sboui. S :** F.C 009, F.C 024, F.C 049
- **Sedghiani. I :** F.C 026, F.C 027, F.C 035, F.C 038
- **Seghir. E :** P 001, P 052, P 096, P 103, P 110, P 132, P 234, F.C 002, F.C 003, F.C 007, F.C 010
- **Selmi. A :** P 128
- **Sfar. H :** P 084, P 093, F.C 050, F.C 009
- **Sfaxi. S :** P 006, P 170
- **Sghaier. A :** P 140, P 145, P 163, P 165, P 172, P 220
- **Sghaier. E :** F.C 014, F.C 004
- **Shimi. A :** P 064, P 158, P 206
- **Skoubani. N :** P 199
- **Smayria. M :** P 031, P 059, P 260, P 260
- **Snoussi. H :** P 056, P 161, P 204, P 237
- **Souissi. S :** P 015, P 061, P 124, P 126, P 142, P 143, P 162, P 224, F.C 001, F.C 015, F.C 017, F.C 038
- **Soumer. K :** P 048
- **Soussi. M :** P 184, P 236, F.C 011
- **Tabbebi. T :** P 031, P 059, P 193, P 261
- **Tajellejti. N :** P 219, P 241, F.C 022
- **Talbi. A :** P 138, P 139, P 150, P 167, P 167, P 168, P 237
- **Talbi. M :** P 068, P 099, P 100, P 122
- **Talik. I :** P 107, P 174, F.C 016, F.C 048
- **Telmoudi. M :** P 059
- **Thamlaoui. S :** P 004, P 014
- **Tlili. CH :** P 105
- **Tobich. M :** P 001, P 052, P 096, P 103, P 110, P 132, P 157, P 234, F.C 002, F.C 003, F.C 007, F.C 010, F.C 037
- **Touaibia. M :** P 048, P 217
- **Touil. Y :** P 001, P 052, P 095, P 096, P 103, P 110, P 118, P 132, P 135, P 157, P 234, F.C 002, F.C 003, F.C 004, F.C 007, F.C 010, F.C 035, F.C 037, F.C 043, F.C 044
- **Touil. A :** P 016, P 109, P 120, P 121, P 129, P 232
- **Toumi. A :** P 109, P 120, P 121, P 122, P 232
- **Toumi. R :** P 058, P 075, P 094, P 198, P 201, P 202, P 254, P 257, P 258
- **Trabelsi. B :** P 069, P 192
- **Trabelsi. I :** P 157
- **Traore. A :** P 199
- **Trifi. A :** P 001, P 052, P 095, P 096, P 103, P 110, P 118, P 132, P 135, P 157, P 234, F.C 002, F.C 003, F.C 004, F.C 007, F.C 010, F.C 035, F.C 037, F.C 043, F.C 044
- **Triki. A :** P 032, P 075, P 094, P 058, P 254, P 257, P 258
- **Trimeche. I :** P 238
- **Turki. O :** P 002, P 011, P 117, P 137, F.C 051, P 222, P 225
- **Wahabi. A :** P 047
- **Walha. A :** P 139
- **Walha. Y :** P 141
- **Yacoub. A :** P 238
- **Yahya. M :** P 017, P 066, P 144, P 151, P 215, P 216
- **Yahya. Y :** P 041, P 042, P 043, P 047, P 051, P 111, P 114, P 177, P 185, P 186, P 207, P 211, P 248, P 263, F.C 038, F.C 042
- **Yousfi. M :** P 002, P 028, P 030, P 033, P 072, P 117, P 137, P 222, P 225, F.C 008
- **Zaghdoudi. I :** F.C 026, F.C 035, F.C 038
- **Zammi. A :** P 209
- **Zaouak. N :** P 040, P 078, P 119, P 123, P 131, P 187, P 194, P 200, P 230
- **Zaouch. K :** P 041, P 042, P 043, P 047, P 051, P 111, P 114, P 177, P 185, P 186, P 207, P 211, P 248, P 263, F.C 038, F.C 042
- **Zarrougui. W :** P 032, P 058, P 075, P 094, P 201, P 202, P 254, P 257, P 258, F.C 019, F.C 028
- **Zarrougui. Z :** P 156
- **Zarrouk. S :** P 107, F.C 016
- **Zarrouki. Y :** P 003, P 012, P 190
- **Zghidi. M :** P 058, P 257, P 254, P 258
- **Ziadi. J :** P 062
- **Zorgati. H :** P 087, F.C 029
- **Zorgati. H**
- **Zouari. F :** P 028, P 030, P 033, P 070, P 072, P 098, P 117, F.C 005, F.C 006, F.C 008, F.C 046
- **Zouari. H :** F.C 024
- **Zoubeidi. R :** P 017, P 066, P 144, P 151, P 215, P 216
- **Zoubli. A :** P 007, P 036, P 081, P 181, P 230, F.C 018
- **Zribi. M :** P 103

Cancidas® I.V.

(acétate de caspofungine, MSD) 50 mg-70 mg

Evidences - Expérience - Pertinence

- ✓ Candidose invasive
- ✓ Aspergillose invasive
- ✓ Neutropénique
- ✓ Non Neutropénique
- ✓ Adulte
- ✓ Pédiatrique
- ✓ Empirique
- ✓ Documentée

Avant de prescrire, pour des informations complètes, consulter le RCP

Mode d'administration : Perfusion intraveineuse lente d'environ 1 heure. **Contre-indications :** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi :** Des réactions anaphylactiques ont été rapportées lors de l'administration de la caspofungine. Dans ce cas, la caspofungine doit être interrompue et un traitement approprié administré. Des effets indésirables potentiellement induits par l'histamine, incluant rash, œdème du visage, angio-œdème, prurit, sensation de chaleur, ou bronchospasme ont été signalés et peuvent nécessiter l'interruption du traitement et/ou l'administration d'un traitement approprié. La caspofungine peut être utilisée chez des patients recevant de la ciclosporine lorsque le bénéfice attendu est supérieur au risque potentiel. Une surveillance étroite des enzymes hépatiques doit être envisagée en cas de co-administration de caspofungine et de ciclosporine. La caspofungine doit être utilisée avec prudence chez l'adulte présentant une insuffisance hépatique grave ou chez l'enfant quel que soit le degré d'insuffisance hépatique. **Interaction avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions :** En cas de co-administration avec des inducteurs d'enzymes métaboliques chez l'adulte, une augmentation de la dose quotidienne à 70 mg de caspofungine doit être envisagée, après la dose de charge de 70 mg. Chez des patients pédiatriques (de 12 mois à 17 ans), lorsque la caspofungine est co-administrée avec des inducteurs du métabolisme (rifampicine, éfavirenz, la névirapine, la phénytoïne, la dexaméthasone ou la carbamazépine) une dose quotidienne de 70 mg/m² de caspofungine (sans dépasser 70 mg par jour) doit être envisagée. **Grossesse et allaitement :** La caspofungine ne doit donc pas être utilisée pendant la grossesse sauf en cas de nécessité manifeste. Les femmes traitées par la caspofungine ne doivent pas allaiter. **Reconstitution :** NE PAS UTILISER COMME SOLVANT DES SOLUTIONS CONTENANT DU GLUCOSE (Cancidas n'est pas stable dans les solutions contenant du glucose). **Contact Informations Médicales :** Tél. : +212522423223 - E-mail : dpoc_fa@merck.com. **Contact Pharmacovigilance :** Tél. : +212522423244 - E-mail : Morocco.pharmacovigilance@merck.com.

MARS 2020 / INF1249963-0000