

**16eme Congrès national de l'ATR.**  
*Hammamet, 25-26 novembre 2011*

**Communications orales :**

## C1.

### Prévalence et typologie de l'insuffisance cardiaque diastolique dans la l'exacerbation aigue de BPCO (EABPCO).

Ouanes I, Ben Abdallah S, Salmi W, Dachraoui F, May F, Dlala M, Ben Amor F, Jalloul F, Ouanes-Besbes L, Abroug F.

Service de Réanimation polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba Monastir, Tunisie.

**Introduction :** La fréquence de l'insuffisance cardiaque diastolique est variable allant de 13 à 74%. Sa prévalence et ses particularités chez les malades de réanimation admis pour EABPCO est peu rapportée et dépend largement de l'utilisation de l'échographie cardiaque. **Le but** de cette étude est de décrire la prévalence et les types de l'insuffisance cardiaque diastolique dans l'EABPCO.

**Patients et Méthodes :** C'est une étude prospective de 2 ans (1<sup>er</sup> Aout 2008-31 Juillet 2010) incluant 120 patients successivement admis en réanimation pour EABPCO. 88 patients (73.3%) ont eu une échocardiographie trans-thoracique permettant de définir : une dysfonction systolique quand la FEVG<50%, une dysfonction diastolique à type de trouble de la relaxation (E/A <0.8, TDE >240ms, IVRT >90 ms) ou trouble de la compliance (E/A > 1.5, TDE <160ms, IVRT <70ms), ou l'absence de dysfonction VG.

**Résultats :** 120 patients (âge médian : 67 ans ; IQR=15, 85% de sexe masculin, SAPS II médian=30), ont été inclus. Une fonction cardiaque normale a été retrouvée chez 36 patients (40.9%), une dysfonction systolique chez 20 patients (22.7%), et une dysfonction diastolique chez 32 patients (36.4%). Dans ce dernier groupe la dysfonction diastolique était à type de trouble de relaxation chez 19 patients (59.4%), et à type de trouble de compliance chez 13 patients (40.6%). Les caractéristiques de ces groupes sont décrites sur le tableau :

	<b>Pas de dysfonction VG (n = 36)</b>	<b>Dysfonction diastolique (n = 32)</b>	<b>Dysfonction systolique (n = 20)</b>	<b>p</b>
<b>Age, med (IQR)</b>	67 (15)	65 (16)	73 (10)	0.018
<b>Sexe masculin, n(%)</b>	33 (91.7)	25 (78.1)	14 (70)	0.1
<b>Tabac , n(%)</b>	32 (88,8)	23 (71,8)	13 (65)	0,082
<b>VEMS, med (IQR)</b>	660 (695)	520 (905)	465 (325)	0,598
<b>HTA, n (%)</b>	25 (69.4)	13 (40.6)	8 (40)	0.027
<b>Diabète, n(%)</b>	16 (47)	12 (38.8)	8 (40)	0.15
<b>Cardiopathie ischémique, n(%)</b>	33 (91.7)	30 (93.8)	17 (85)	0.55
<b>Insuffisance rénale, n(%)</b>	9 (25)	15 (46.9)	9 (45)	0.13
<b>Paramètres échocardiographiques :</b>				
- <b>FEVG % med (IQR)</b>	65 (5,7) 5 (1,25)	55 (8) 8 (5,4)	39,5 (9) 9,5 (3)	<0,001 0,001
- <b>E /Ea med (IQR)</b>				
<b>Durée de séjour, med (IQR)</b>	11 (10)	8 (6)	7 (5)	0.14

**Conclusion :** L'insuffisance cardiaque diastolique est présente dans 36,4% des EABPCO. Le profil épidémiologique des patients ne permet pas de l'identifier. Seuls les paramètres écho-doppler sont en mesure d'en révéler l'existence et en mesurer l'impact sur les pressions de remplissage du VG (E/Ea).

## C2.

### **Insuffisance cardiaque droite chez les BPCO en exacerbation aigüe sévère : Prévalence et association avec les taux de NT-proBNP et le pronostic.**

*Ouanes I, Jalloul F, May F, Dachraoui F, Dlala M, Ben Abdallah S, Ben Amor F, Salmi W, Ouanes-Besbes L, Abroug F.*

Service de Réanimation polyvalente. CHU Fattouma Bourguiba. Monastir.

**Introduction :** L'insuffisance cardiaque droite chez les patients avec une BPCO sévère est connue comme facteur de mauvais pronostic à long terme. **Le but** de cette étude est de décrire l'impact de l'insuffisance cardiaque droite (ICD) sur les taux de NT-proBNP et sur le pronostic dans l'EABPCO.

**Patients et Méthodes :** C'est une étude prospective de 2 ans (1<sup>er</sup> Aout 2008-31 Juillet 2010) incluant tous les patients successivement admis en réanimation pour EABPCO. Tous les patients ont eu un dosage de NT-proBNP à l'admission et 88 patients (73,3%) ont eu une échocardiographie, l'ICD a été diagnostiquée sur la base d'une dilatation ventriculaire droite (ECG ou échocardiographie) avec une hépatomégalie et/ou un reflux hépato-jugulaire et/ou une turgescence des jugulaires et/ou des œdèmes des membres inférieurs.

**Résultats :** 120 patients (âge médian : 67 ans ; IQR=15, 85% de sexe masculin, SAPS II médian=30), ont été inclus. Une ICD a été présente chez 87 patients (72,5%), le tableau compare les patients avec ou sans ICD.

	<b>ICD+ (n=87)</b>	<b>ICD- (n=33)</b>	<b>p</b>
<b>Age med (IQR)</b>	68 (14)	65 (14)	0,434
<b>VEMS ml, med (IQR)</b>	520 (285)	700 (1075)	0,083
<b>pH med (IQR)</b>	7,32 (0,09)	7,31 (0,07)	0,560
<b>HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> med (IQR)</b>	32 (12,4)	32 (12,5)	0,944
<b>Intubation à l'admission n(%)</b>	7 (8)	3 (9,1)	0,936
<b>Intubation secondaire n(%)</b>	28 (32, 2)	10 (30,3)	1,000
<b>IVG n (%)</b>	45 (51,7)	13 (39,4)	0,307
<b>Insuffisance rénale (MDRD &lt; 90 ml/min/1.73m<sup>2</sup>) n (%)</b>	51 (58,6)	19 (57,6)	1,000
<b>Séjour en Réanimation jours, med (IQR)</b>	10 (10)	8,5 (5)	0,099
<b>PAVM n(%)</b>	19 (21,8)	5 (15,2)	0,610
<b>NT-proBNP med (IQR)</b>	1762 (5729)	714 (2850)	0,041
<b>Mortalité n(%)</b>	20,7	9,4	0,182

Une analyse multivariée évaluant la contribution de l'insuffisance rénale, de l'IVG et de l'ICD dans l'augmentation des taux de NT-proBNP (>1000 pg / ml), montre que seuls l'IVG et l'insuffisance rénale étaient indépendamment associés à l'élévation des taux de NT-proBNP: OR = 6,66, IC 95%, de 2,75 à 16,09, p <0,001 et OR = 0,98, IC 95%, 0,96-0,99, p = 0,021 respectivement. L'ICD n'était pas significativement associée à une augmentation du NT-proBNP (OR = 1,97, IC 95%, 0,75 à 5,15, p = 0,164). Concernant la mortalité l'analyse multivariée montre que l'intubation à l'admission, l'intubation secondaire ainsi que la survenue de PAVM sont les facteurs indépendamment associés à la mortalité en réanimation (OR respectifs : 26,27, 18,42 et 4,28).

**Conclusion :** L'insuffisance cardiaque droite est fréquente chez les BPCO en exacerbation sévère. Elle n'est pas significativement associée à une augmentation du NT-proBNP ni à la mortalité.

### C3.

#### Relation entre l'insuffisance cardiaque, les taux de NT-proBNP et les paramètres échocardiographiques chez les BPCO en exacerbation aigüe sévère.

Ouanes I, Salmi W, Ben Abdallah S, Dlala M, Dachraoui F, Ouanes-Besbes L, May F, Jalloul F, Ben Amor F, Abroug F.

Service de Réanimation polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba Monastir, Tunisie.

**Introduction :** L'insuffisance cardiaque est associée fréquemment aux EABPCO. La relation entre les types d'insuffisance cardiaque (systolique ou diastolique) et les biomarqueurs ainsi que les paramètres échocardiographiques lors des EABPCO sont peu étudiés. **Le but** de cette étude est de décrire la relation entre l'insuffisance cardiaque, les taux de NT-proBNP et les paramètres échocardiographiques lors de l'EABPCO.

**Patients et Méthodes :** C'est une étude prospective de 2 ans (1<sup>er</sup> Aout 2008-31 Juillet 2010) incluant tous les patients successivement admis en réanimation pour EABPCO. Tous les patients ont eu un dosage de NT-proBNP à l'admission et 88 patients (73.3%) ont eu une échocardiographie trans-thoracique permettant de définir : une dysfonction systolique quand la FEVG<50%, une dysfonction diastolique à type de trouble de la relaxation (E/A <0.8, TDE >240ms, IVRT >90 ms) ou trouble de la compliance (E/A > 1.5, TDE <160ms, IVRT <70ms), ou une absence de dysfonction VG.

**Résultats :** Un total de 120 patients (âge médian : 67 ans ; IQR=15, 85% de sexe masculin, SAPS II médian=30), ont été inclus. L'échographie a révélé l'absence de dysfonction VG chez 36 patients (40.9%), une dysfonction diastolique chez 32 patients (36.4%) et une dysfonction systolique chez 20 patients (22.7%). Les taux de NT-proBNP étaient significativement plus élevés chez les patients ayant une dysfonction systolique par rapport à ceux ayant une dysfonction diastolique ou n'ayant pas de dysfonction VG, avec des médianes (IQR) respectifs de : 5093 (9975) ; 1582 (5856) et 1103 (3038) pg/ml (figure 1). Le même type de relation existe avec le rapport E/Ea (figure 2). Les taux de NT-proBNP étaient négativement corrélés à la FEVG (coefficient de Spearman : -0,296, p = 0,008) et positivement corrélés avec le rapport E/Ea (coefficient de Spearman : 0,341, p =0,02).

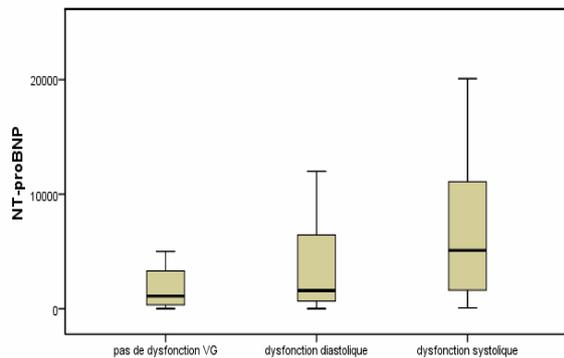


Figure 1

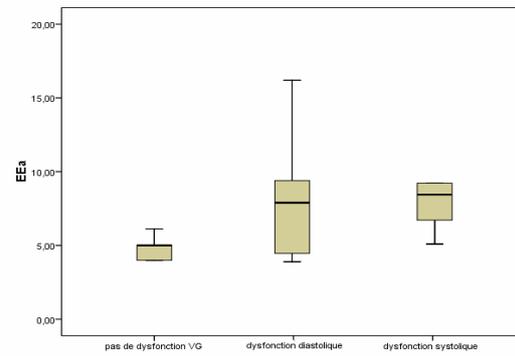


Figure 2

**Conclusion :** Notre étude montre une association significative entre les taux de NT-proBNP, les paramètres échocardiographiques et le type de dysfonction cardiaque chez les patients en EABPCO.

## C4.

### **L'œdème pulmonaire cardiogénique (OPC) : une étiologie croissante de décompensation des insuffisances respiratoires chroniques (IRC) : Analyse de 400 cas**

*Jaouadi A ; Gharsalli S ; Chouchene I ; Azouzi A ; Bourigue MA ; Slimi G ; Bouchoucha S*  
Service de Médecine Intensive EPS Farhat Hached Sousse

**Introduction :** L'IRC, notamment obstructive, connaît une prévalence croissante et préoccupante dans le monde. Le coût de sa prise en charge, à travers notamment ses décompensations itératives, en fait désormais un problème majeur de santé publique. L'analyse des étiologies des décompensations place classiquement la surinfection bronchique en tête. Ce profil étiologique semble évoluer avec notamment l'émergence des OPC. L'objectif de notre travail est de préciser la part de cette dernière étiologie et d'en préciser les causes.

**Patients et méthodes :** 400 cas de décompensations d'IRC pris en charge au Service de Médecine Intensive du CHU Farhat Hached de Sousse de Janvier 2005 à Aout 2010 sont analysés à travers :

- leurs caractéristiques démographiques (âge, sexe).
- le type d'IRC (obstructive, restrictive, mixte), son étiologie et son degré d'invalidité (stade de dyspnée NYHA)
- les comorbidités associées, notamment cardio-vasculaires
- l'étiologie des décompensations.

Le diagnostic d'OPC a été retenu sur la convergence d'éléments cliniques (accélération récente de la dyspnée, épisodes paroxystiques, orthopnée ...), radiologiques (redistribution vasculaire, signes interstitiels et/ou alvéolaires) et thérapeutiques (rapidité de la régression des signes cliniques et radiologiques sous déplétion, facilitation du sevrage ventilatoire sous inotropes). Une évaluation de la fonction ventriculaire gauche a été faite par échocardiographie chez 50 patients.

**Résultats :** Le diagnostic d'OPC cardiogénique a été retenu chez 249 (63%) IRC décompensées de manière isolée (n= 67 ; 16,7%) ou associée à d'autres étiologies, la surinfection bronchique en particulier (n = 132 ; 33%). Un trouble écho cardiographique de la fonction diastolique a été mise en évidence chez tous les patients explorés associé chez 50% d'entre eux à une altération de la fonction systolique.

L'évolution des OPC sous traitements (déplétion et/ou inotropes) est plus rapide et plus favorable par rapport aux autres étiologies : durée de VM : 4,7J vs 5,7J ; durée de séjour : 8,7 J vs 10J et mortalité : 36.5% vs 39.7%, sans que la différence ne soit statistiquement significative.

La survenue de l'OPC au cours des décompensations est liée statistiquement à l'âge des patients, au degré d'invalidité respiratoire aux comorbidités à impact cardiaque (obésité, HTA...) au sein desquelles les cardiopathies ischémiques (78%) dominent.

**Discussion :** Notre étude révèle un taux particulièrement élevé d'OPC à l'origine des décompensations des IRC qui dépasse nettement les données récentes de la littérature (8 à 27.5%).

La recherche méthodique de l'OPC, souvent masqué par d'autres étiologies (surinfection bronchique en particulier) explique ce résultat. L'OPC apparaît plus volontiers chez les patients dont l'âge et le stade d'IRC sont plus avancés et porteurs de pathologies altérant la fonction VG (cardiopathies ischémiques en particulier).

L'identification et le traitement spécifique (diurétiques, inotropes) des OPC des IRC est susceptible d'accélérer le rétablissement et d'améliorer le pronostic des patients.

**Conclusion :** L'OPC isolé ou associé à d'autres étiologies, est une étiologie croissante et souvent méconnue des décompensations d'IRC. Son diagnostic permet un traitement susceptible d'accélérer la réversibilité de la décompensation, d'atténuer son coût et sa morbi-mortalité et d'offrir aux patients stabilisés une meilleure qualité de vie.

## C5.

### **Le cœur pulmonaire aigu (CPA) au cours de la décompensation aiguë de BPCO : incidence, valeur pronostique et corrélation avec la dysfonction ventriculaire droite.**

*A. Hammemi; K. Sifaoui ; K. Belkhouja; I. Sahnoun; A. Sellami; K. Ben Romdhane; J. Ben Khelil; M. Besbes*  
Service de Réanimation Respiratoire- H. Abderrahmen Mami - Ariana

**Introduction:** La décompensation aiguë de BPCO représente une importante cause de morbidité et de mortalité en milieu de réanimation. L'incidence ainsi que le rôle pronostique du cœur pulmonaire aigu (CPA) au cours de ces décompensations reste peu étudié. De même la relation entre la présence d'un CPA et la dysfonction VD systolique au cours de ces décompensations n'est pas bien élucidée.

**But:** Déterminer l'incidence et la valeur pronostique du CPA au cours de la décompensation aiguë de BPCO ainsi que sa corrélation avec les indices de fonction VD systolique.

**Méthode:** étude prospective observationnelle, incluant l'ensemble des patients admis pour décompensation aiguë de BPCO sur une période de 06 mois et bénéficiant d'une échographie cardiaque. En plus des paramètres échocardiographiques standards (taille de VD, cinétique du SIV, HTAP, taille de la VCI, FEVG, ITV sous aortique, doppler pulsé et tissulaire mitral), nous avons aussi relevé les paramètres explorant la fonction systolique du VD (TAPSE et doppler tissulaire de l'anneau tricuspideen « SDTI »). Le CPA étant défini par l'association d'une dilatation du VD avec une HTAP et un septum interventriculaire paradoxal. La dysfonction VD systolique est définie par l'association d'un TAPSE < 15 mm et SDTI < 11 cm/s. Les paramètres démographiques, les comorbidités associées, les scores de gravité clinique (IGSII, APACHE II), l'état hémodynamique et la ventilation mécanique ont été également étudiés. L'ensemble de ces paramètres ont été analysés en univarié puis en multivarié selon un modèle de régression logistique linéaire à fin de déterminer les facteurs indépendants du pronostic.

**Résultats :** 132 patients ont été admis pour décompensation aiguë de BPCO, 49 malades exclus (36 patients anéchogènes et 13 patients pour impossibilité de déterminer le TAPSE ou le SDTI). Les malades retenus dans l'étude (83) avaient un âge moyen de 67±11 ans et étaient dans 85,5% des cas au stade de CPC. Leur IGS II était de 39±18, leur APACHE II était de 17±9. Tous ont bénéficié d'un support ventilatoire, dont 49 (59% des cas) de façon invasive et 9 (10,8%) étaient en état de choc (EDC). Le rapport des surfaces télédiasoliques VD/VG (SVD/SVG) était de 0,76±0,26 et la PAPs = 50±11 mmHg. L'incidence du CPA était de 9,6 % (08 malades) et celle de la dysfonction VD systolique était de 34,9% avec un TAPSE moyen de 1,77±0,57 cm et un SDTI tricuspideen de 13,4±4,1 cm/s. Il n'existe pas de corrélation entre la PAP systolique et le TAPSE ou le SDTI tricuspideen. Il n'existe pas de même une corrélation entre le cœur pulmonaire aigu et la dysfonction VD systolique. Le taux de mortalité était de 34,9% (29 cas). Les facteurs de mauvais pronostic en analyse univariée étaient : la VM invasive (p=0,000) ; l'état de choc (p=0,001) ; la dysfonction VD (p=0,000), L'IGS II ≥ 39 (Se = 75% ; Sp = 75%), l'APACHE II ≥ 16,5 (Se = 75% ; Sp = 58%), l'ITV s/aortique < 17 cm (Se = 82% ; Sp = 75%), le TAPSE < 1,44 cm (Se = 79% ; Sp = 89%), Sdti < 12,3 cm/s (Se = 75% ; Sp = 71%). Après analyse multivariée, les facteurs indépendants de mauvais pronostic étaient : le TAPSE (OR = 13,7 ; Ic [2,38-79,2]) ; l'IGS II (OR = 6,26 ; Ic [1,32-29,6]), l'ITV s/aortique (OR = 5,29 ; Ic [1,15-24,18]).

**Conclusion :** Dans cette population de malades, le cœur pulmonaire aigu est peu fréquent et n'est pas associé à la dysfonction VD systolique ou à la mortalité. Par contre l'existence d'une dysfonction ventriculaire droite systolique est un facteur de mauvais pronostic.

## C6.

### Facteurs de risque d'un séjour prolongé en réanimation pour une intoxication aigue.

Gharbi R, Ayed S, Atig R, Ayed Dalla S, Tilouch N, Bouzgarrou R, Fekih hassen M, Elatrous S.

Service de Réanimation Médicale EPS Taher Sfar Mahdia.

**Introduction :** L'incidence des admissions en réanimation médicale pour l'intoxication aigue est de 2 à 14%. L'évolution est habituellement favorable et la durée de séjour ne dépasse pas les 48H, au-delà de ce délai le séjour est considéré comme prolongé. Le but de cette étude est de déterminer les facteurs de risque d'un séjour prolongé en réanimation pour une intoxication aigue.

**Matériels et méthodes :** c'est une étude rétrospective réalisée au service de Réanimation médicale à Mahdia entre Mars 2001 et janvier 2011. Tous les patients admis au service de réanimation pour intoxication aigue (IA) ont été inclus. Deux groupes ont été définis **G1** : les patients dont la durée de séjour dépasse les 48H, **G2** : les patients dont la durée de séjour est inférieure ou égale à 48H. Les paramètres recueillis : caractéristiques démographiques (âge, sexe), scores de gravité (SAPSII, APACHE II), le caractère de l'intoxication, le produit toxique, la survenue de pneumopathie d'inhalation, le recours à la VM, le rapport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, les troubles de conscience, l'atteinte cardiaque, et la durée de séjour. Une analyse univariée puis multivariée a été réalisée

**Résultats :** cent trente patients (âge moyen : 26±12 ans, SAPSII moyen 22±14, APACHEII moyen : 11±7, avec une prédominance masculine), les intoxications étaient pour la plupart volontaires (93%), les organophosphorés et les organochlorés étaient en cause avec respectivement (41% et 38%), la pneumopathie d'inhalation était présente dans 30% des cas avec recours à la ventilation mécanique dans 58% des cas et une atteinte cardiaque chez 31 patients (24%), le séjour prolongé a été observé chez 37 patients (28%). Le résultat de l'analyse univariée entre les deux groupes **G1** et **G2** représenté dans le tableau suivant :

	<b>G1</b> (n=37)	<b>G2</b> (n=93)	<b>p</b>
SAPSII	27±14	19±13	NS
APACHEII	15±7	9±6	0.01
GSC	9±2	11±3	NS
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	488±369	391±186	0.01
Pneumopathie d'inhalation, n (%)	20(54)	19(20)	0.009
Atteinte cardiaque n(%)	15(40)	16(17)	0.04
Ventilation mécanique n (%)	29(78)	47(50)	0.05
PAVM n (%)	5(13)	0(0)	0.02

PAVM : pneumopathie acquise sous ventilation mécanique.

En analyse multivariée, les facteurs de risque de séjour prolongé en réanimation lors d' IA étaient : l'APACHE II (OR :1.12 ; IC[1.02-1.23], la survenue de pneumopathie d'inhalation (OR :4.49 ;IC[1.45-13.83] et l'atteinte cardiaque(OR :2.97 ;IC[1.015-8.69].

**Conclusion :** L'intoxication aigue est un motif d'admission fréquent en réanimation médicale, le diagnostic et la prise en charge précoce des atteintes cardiaques ainsi que la prévention des PAVM peuvent éviter la survenue d'un séjour prolongé.

## C7.

### L'immolation par le feu : Phénomène de la révolution Tunisienne

L Gharsallah ;A Mokline ; NAmri ;I Rahman ;B Gasri ;H Oueslati ; A Souayah; N Sassi; M Ben Hammed; M Laouiti ;AA Messadi

Service de réanimation des brûlés, Centre de traumatologie et des grands brûlés de Tunis, Tunisie.

**Introduction:** La révolution tunisienne s'est déroulée autour du suicide d'un jeune tunisien par immolation, et depuis on commençaitde plus en plus à parler de « copycat »suicide version immolation :personne agissant de manière similaire à une action lue ou découverte dans les médias, qui commence à se répandre de plus en plus parmi les jeunes tunisiens désespérés.

Frappé par cette vague de tentatives de suicide, nous avons essayéde rapporter l'ampleur de ce phénomène à travers la comparaison de deux périodes avant et après le déclenchement de la révolution en Tunisie.

**Matériels et méthodes :** Etude comparative réalisée au service de réanimation des brûlés de Tunis sur 12 mois (Juillet 2010-juin 2011) réparties en deux périodes de 6 mois : P1 : période pré-révolution ; P2 : période post-révolution. Ont été inclus, tous les patients hospitalisés pour des brûlures gravessuite à une tentative de suicide.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 306 patients ont été admis dans le service des brûlés de Tunis :Les immolés représentent 27% (n=83) des brûlés hospitalisés. 43 cas de tentative de suicide n'ont pas pu être hospitalisés pour défaut de place. Deux groupes de patients ont été individualisés : G1 : Pré-Révolution (n=13) ;G2 : Post-Révolution (n=70). L'étude comparative des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des 2 groupes est résumée dans le tableau suivant :

Paramètres	G1 (n=13)	G2 (n=70)	Total	P
Nombre de malades hospitalisés	13/147 (8%)	70/205 (34%)	83/306 (27%)	–
Nombre d'appels (non admis)	6	37	43	–
Age (année)	30 ± 12 ans	31 ± 12 ans		NS
SCB moyenne (%)	24,8 ± 13	47 ± 24		0,01
UBS (%)	87,8 ± 98	127,8 ± 100		NS
ATCD Psychiatriques (n)	3	18		0,04
<b>Motifs</b>				
Conflit familial (n)	6	26		NS
Conflit Autorités (n)	6	35		NS
Non précisé (n)	1	9		NS

**Conclusion :** Pendant la révolution tunisienne, l'immolation par le feu est devenue un nouveau mode d'expression de contestation essentiellement chez les jeunes. De par leurs fréquences, les tentatives de suicide sont devenues un problème de santé publique sérieux par leurs dimensions et leurs conséquences sociales et économiques lourdes imposant un travail socio-économique profond pour lutter contre ce fléau.

## C8.

### **Intoxications aux psychotropes : étude épidémiologique aux urgences, à propos de 41 cas**

*Rejeb I (1), Chakroun O. (1), Ksibi H. (1), Kammoun L. (1), Bahloul M.(2), Ghnainia T. (1), Salhi N. (1), Bouaziz M. (2), Rekik N (1).*

(1) Service des urgences et SAMU 04 de Sfax. CHU Habib Bourguiba Sfax

(2) Service de réanimation Polyvalente. CHU Habib Bourguiba Sfax

**Introduction :** Les actes suicidaires sont dans 90% des intoxications médicamenteuses. Les psychotropes sont en fait de plus en plus cités dans les séries s'intéressant à ces urgences médico-psychiatriques. Nous nous sommes intéressés à l'épidémiologie de ce type d'intoxication dans notre service.

**Méthode :** Etude prospective observationnelle sur 3 mois (juillet – septembre 2011). Inclusion de toute intoxication aux psychotropes quel que soit l'âge du patient.

**Résultats :** Nous avons colligé 41 cas. La moyenne d'âge a été de  $23,09 \pm 13,95$  ans. Le sex-ratio H/F a été de 0,5. Des antécédents psychiatriques ont été connus chez 19 patients (46,3 % des cas). Le produit ingéré a été un antidépresseur chez 4 patients, un neuroleptique chez 8 patients, un anxiolytique chez 18 patients et un thymorégulateur (la valproate de sodium) chez 10 patients. L'intoxication a été polymédicamenteuse chez 13 patients (31,7%), les médicaments ingérés ont été une association de psychotropes chez 7 patients.

Le délai de prise en charge a été moins de deux heures chez seulement quatre patients. Les signes fonctionnels prédominants ont été les céphalées (chez 6 patients) et l'asthénie (chez 6 patients). Un trouble de la vigilance a été objectivé chez 17 patients (41,46%) avec un score de Glasgow variant de 9 point à 14 points. Une anomalie des états pupillaires a été notée chez quatre patients, une anisocorie chez un seul patient et un myosis serré chez trois patients. Aucun patient n'a présenté de détresse hémodynamique ou respiratoire. Une seule patiente a été intubée et ventilée pour coma. La décontamination digestive a été réalisée chez dix patients (24,4%). Cette décontamination a été par charbon activé dans 9 cas et par lavage gastrique chez un patient (pratiqué dans un hôpital régional). Le délai de décontamination a été dans la première heure chez un seul patient.

Une prise en charge psychiatrique a été entamée aux urgences pour cinq patients, dont quatre ont été transférés en milieu psychiatrique. Pour le reste des patients, une sortie a été possible pour 31 patients, un transfert en pédiatrie pour surveillance a été indiqué pour un patient, un transfert en réanimation a été réalisé pour la patiente intubée et ventilée, et quatre patients sont sortis contre avis médical.

**Conclusion :** L'intoxication aux psychotropes est un motif de consultation de plus en plus fréquent aux urgences. Sa prise en charge doit être somatique mais aussi psychiatrique afin de prévenir les récurrences.

## C9.

### **Hyperlactatémie au cours des intoxications à la metformine expérience d'un centre de toxicologie de Tunis**

*H.El Ghord, I.Sedghiani, A.Mrad, N.Kouraiichi, H.Thabet, N.Brahmi, M.Amamou.*

Service de réanimation médicale. Centre d'Assistance Médicale Urgente CAMU Tunis

**Introduction :** Les intoxications par la metformine peuvent survenir ou non chez un diabétique traité par biguanide. L'acidose lactique (AL) est la complication principale qui peut être provoquée par cette intoxication.

Matériel et méthode :

Étude rétrospective rapportant 45 cas d'intoxication à la metformine recensés entre Janvier 2008 à juillet 2011 au centre d'assistance médicale urgente et de réanimation.

**Résultats :** Nous avons colligé 45 patients, d'âge médian de 25 ans (13 à 62 ans), avec une prédominance féminine (sexe ratio= 0,40). Huit étaient diabétiques type 2 traité par la metformine. L'une intoxication était volontaire dans 44 cas et accidentelle dans un cas avec des doses supposées ingérées variant de 4250 mg à 42 500 mg (médiane de 13 g). La metformine était le seul toxique dans 20 cas (43,5%), associée à la glibenclamide dans 7 cas (15,2%), à un cardiotrope dans 4 cas (8,8%), au paracétamol dans 4 cas et à l'éthanol dans 2 cas. Le délai de consultation médian était de 3 heures. A l'admission, 29 patients étaient symptomatiques de nausées (5 cas), de vomissements (22cas), de douleurs abdominales (17 cas) et de diarrhées (5 cas). La glycémie au doigt a varié entre 0,38 et 3,32 g/L. Les fonctions rénale et hépatique étaient dans tous les cas normales. Une acidose métabolique a été trouvée chez 31 patients (68,8%) et était compensée dans 13 cas. Les lactates étaient élevés dans 21 cas avec une moyenne de 5mmol/l. Le fait présenter une hypoglycémie est un facteur de risque pour développer une hyperlactatémie avec un p de 0,03. L'intoxication associée à l'éthanol et chez les patients diabétiques est un facteur de risque d'hyperlactatémie dans la littérature mais ce qui n'est pas le cas dans notre série.

**Conclusion :** La survenue de l'acidose lactique au cours de l'intoxication à la metformine est majorée en la présence d'une hypoglycémie. D'autres facteurs peuvent être à l'origine de cette hyperlactacidémie tels l'éthylisme ou le bas débit cardiaque.

#### **Références :**

1. Damon M.Dell'Aglio, Louis J.Perino, Ziad Kazzi, Jerome Abramson, Michael D. Schwartz, Brent W. Morgan. Acute Metformin Overdose: Examining Serum pH, Lactate Level, and Metformin Concentrations in Survivors Versus Nonsurvivors: A Systematic Review of the Literature. *Ann Emerg Med.* 2009; 54: 818-823.
2. C.Ichai. Acidose lactique et biguanides: coïncidence ou négligence des règles de prescription? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2003 ; 22 : 399-401
3. F.Fourrier, A.Seidowsky. Intoxication par la metformine : mécanismes de toxicité et prise en charge. *Réanimation* 2010 ; 19 : 539-544

## C10.

### **Les œdèmes pulmonaires (OP) au cours du remplissage des décompensations diabétiques (DD) : facteurs déterminants et mesures de prévention.**

*Abdelbaki I ; Chouchene I ; Gharsalli S ; Farjallah A ; Dhouibi I ; Bouchoucha S*  
Service de Médecine Intensive EPS Farhat Hached Sousse

L'OP au cours des DD est une complication fréquente et peut survenir notamment lors du remplissage initial des DD. Notre travail vise à identifier dans ces modalités de remplissage les facteurs exposant à la survenue d'OP et les moyens de s'en prémunir.

**Patients et méthodes** 110 DD pris en charge de 1994 à 2000 au service de Médecine Intensive du CHU F. Hached à Sousse, ont été rétrospectivement analysées (caractéristiques des patients, du diabète et de sa décompensation avec recherche d'un OP radiologique au décours du remplissage). Les modalités de remplissage (nature du soluté, débit) ont été confrontées à la présence ou l'absence d'OP ; les patients présentant des antécédents ou des troubles cardio-vasculaires ou rénaux ont été exclus de l'étude.

#### **Résultats :**

- 19 OP sur 110 DD (17%) ont été identifiées chez des patients sans antécédents cardiovasculaires ou rénaux
- Les OP n'ont pas de lien statistiquement significatif avec l'âge des patients, les caractéristiques de la maladie diabétique (type, ancienneté, complications..) ou de la décompensation (Glasgow, insuffisance circulatoires, perturbations biologiques). Par contre leur survenue est intimement liée au débit de perfusion du soluté de remplissage (OP+ :  $505 \pm 170$  mL/H vs OP - :  $256 \pm 91$  mL/H  $p = 0.0001$ ) et accessoirement à la nature du soluté : les macromolécules (n = 10) et le sérum isotonique (n = 7) sont les plus fréquemment en cause.

**Conclusion :** Le débit de perfusion des solutés de remplissage lors des DD doit être limité à 250 mL/H notamment pour les macromolécules et le sérum salé isotonique.

Une prudence accrue doit s'appliquer aux insuffisants cardiaques et rénaux.

La survenue de ces OP sans cardiopathies ou néphropathies sous-jacentes suggère une hyperperméabilité capillaire pulmonaire latente chez les diabétiques.

## C11.

### **Impact de l'adjonction de l'hydroxyéthylamidon HEA 130 kda/0.4 dans la prise en charge initiale des grands brûlés.**

*I Rahmani (1); A Mokline (1); L Ben Gharsallah (1); H Oueslati ; B Gasri (1);J Haddad (1); I Harzallah (2); A Ksontini (2); AA Messadi (1).*

(1) Service de Réanimation des Brûlés, Centre de Traumatologie et des Gands Brûlés, Tunis, Tunisie; (2) Service de Pharmacologie, Centre de Traumatologie et des Gands Brûlés, Tunis, Tunisie.

**Introduction :** L'hyperinflation hydrique chez les brûlés graves est fréquente, et considérée comme un facteur prédictif de morbi- mortalité.

Notre étude se propose d'étudier l'impact de l'adjonction de l'hydroxyéthylamidon HEA 130 kda/04, colloïde à pouvoir d'expansion important, sur la limitation de l'apport des cristalloïdes, de la formation d'œdèmes interstitiels pourvoyeurs de leur propre morbidité.

**Matériels et Methodes :** Il s'agit d'une étude cas-témoin menée au service de réanimation des brûlés de Tunis sur une durée de 6 mois. Ont été inclus tous les patients dont l'âge est supérieur à 18 ans, victimes d'une brûlure thermique ou électrique avec une surface brûlée supérieure à 30 %, et admis pendant les premières 2 4 heures. Ont été exclus, les patients aux ATCD d'allergie aux HEA, de trouble de l'hémostase, d'insuffisance rénale chronique et les femmes enceintes. L'évaluation initiale des besoins hydriques a été effectuée selon la formule de Parkland(4ml/SCB/Kg) .La réanimation hydro-électrolytique a été réalisée par des cristalloïdes avec l'adjonction de l'HEA130Kd /0.4. La dose totale du HEA a été limitée à 30ml/kg/24h.

Le groupe HEA 130Kd /0.4 a été comparé à un groupe de patients issu du même centre apparié en termes d'âge, de sexe et de gravité à l'inclusion. La saisie et l'exploitation des données ont été réalisées au moyen du logiciel SPSS version 16.0.

**Résultats :** Deux groupes ont été individualisés : G1 [cristalloïdes+ HEA130kda/04, n=10] et G2 [cristalloïdes, n=10]. L'âge moyen est de 45 ans+ 17 pour G1 et de 43 ans + 19 pour G2. La surface cutanée brûlée moyenne est de 51,8 % + 19 pour le G1 versus 43,6+ 7 pour le G2. L'adjonction de l'HEA130Kd /0.4 diminue significativement la prise du poids durant les premières 72h : 8kg pour le G1 versus 13 kg pour G2 (p=0,002), la survenue de SDRA (33 % G1 versus 66% G2) p= 0,01, et la durée d'hospitalisation en réanimation 19 jours + 13 pour G1 versus 30 jours + 15 pour G2. Aucun cas d'insuffisance rénale n'a été rapporté dans les deux groupes.

**Conclusion :** L'adjonction de l'HEA130Kd /0.4 a un impact positif sur le pronostic du grand brûlé en réanimation. Elle permet de réduire la survenue de SDRA et la durée de séjour en réanimation.

## C12.

### Facteurs prédictifs de l'échec de la thrombolyse au cours de l'embolie pulmonaire

A. Hammemi; K. Sifaoui ; K. Belkhouja; A. JAmoussi ; Sahnoun; K. Ben Romdhane; J. Ben Khelil; M. Besbes  
Service de Réanimation Respiratoire- H. Abderrahmen Mami - Ariana

**Introduction :** La thrombolyse médicamenteuse est indiquée au cours de l'embolie pulmonaire grave, et reste discutée dans les formes massives ou sub-massives sans retentissement hémodynamique. L'échec de la thrombolyse (THL) que ce soit dans l'embolie pulmonaire grave ou massive n'est pas bien défini et reste difficile à codifier. Dans la littérature, il n'existe pas de facteurs prédictifs clairement établis d'échec de ce traitement

**But :** Etablir les éventuels facteurs prédictifs d'échec à la THL au cours de l'EP grave et/ou massive.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective, allant de janvier 2000 à septembre 2007, incluant tous les patients ayant une EP grave et/ou massive pour laquelle ils ont bénéficié d'une THL. L'indication de la thrombolyse est portée en présence d'un état de choc ou d'une EP massive avec cœur pulmonaire aigu (CPA) sans retentissement hémodynamique. L'échec de la THL est défini par la persistance d'une instabilité clinique et/ou des signes échographiques de dysfonction ventriculaire droite, et ce au cours des 36h suivant la THL.

**Résultats :** 47 patients ont bénéficié d'une THL, soit en rapport avec une EP avec état de choc (9 cas) ou une EP massive avec CPA (38 cas). L'âge moyen des patients était de 54±16 ans, avec un IGS II à 28±18 et un APACHE II à 15±10. Le sexe ratio était à 0,95. Les principaux facteurs de risque thromboemboliques étaient : l'alitement (51%), la BPCO (27,6%) et la thrombophilie (19,1%). L'échec de la thrombolyse a été noté chez 33 malades (70,2%). Le délai de la thrombolyse était de 11±10 jours. En comparant le groupe des malades « echec » versus « succès » THL, il n'existe pas de différence significative concernant les paramètres démographiques, cliniques et échocardiographiques. L'existence d'un syndrome inflammatoire biologique (GB>15000 elts/mm<sup>3</sup>, CRP élevée) est associé à un échec de la thrombolyse après analyse univariée (tableau1).

Tableau : comparaison des paramètres cliniques, échocardiographiques et biologiques

	Echec n = 33	Succès n = 14	p
SAPS II	30±21	19±9	ns
CPC n(%)	13(39)	2(14)	0,08
Etat de choc n(%)	7(21)	2(14)	ns
Détresse respiratoire n(%)	24(73)	11(78)	ns
Délai THL/début symptômes (j)	12±9	10±5	ns
PAPS (mmHg)	61±15	55±13	ns
VD/VG	0,84±0,25	0,87±0,23	ns
Fibrinémie < 1g/l après THL	10(43)	7(50)	ns
CRP (mg/l)	140±77	80±47	0,03
GB > 15000 elts/mm <sup>3</sup>	13(39)	1(7)	0,006

**Conclusion :** l'échec de la thrombolyse à 36h est fréquent dans notre population. Le syndrome inflammatoire biologique constitue un facteur prédictif d'échec à la thrombolyse.

## C13.

### **Impact du volume courant sur la mortalité et la morbidité du SDRA**

*Bouzgarrou R, Tilouch N, Ayad ep Dalla S, Atig R, Ayed S, Gharbi R, Fekih hassen M, Atrous S*  
Service de réanimation médicale, CHU Tahar Sfar, Mahdia, 5100, Tunisie

**Introduction :** Dans le SDRA, l'utilisation d'un volume courant réduit afin de maintenir une pression de plateau inférieure à 30 cmH<sub>2</sub>O, permet de réduire la mortalité. L'objectif de cette étude était de déterminer le taux d'utilisation d'un volume courant réduit dans notre service et l'impact de volume courant sur la mortalité et la morbidité chez les patients en SDRA confirmé et ventilés avec une pression de plateau inférieure à 30cmH<sub>2</sub>O.

**Matériels et méthodes :** C'est une étude rétrospective, étalée sur 9 ans (2002 – 2010), et réalisée dans le service de Réanimation Médicale de l'hôpital EPS Taher Sfar de Mahdia. Tous les patients hospitalisés pour SDRA confirmé (opacités alvéolaires bilatérales, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 200 persistant malgré une ventilation mécanique pendant au moins 24h et une PEP > 5 cmH<sub>2</sub>O, et une PAPO < 18cmH<sub>2</sub>O) et ventilés avec une pression de plateau < à 30CmH<sub>2</sub>O. Nous avons exclu les patients en SDRA tardif (> 7j) et ceux qui ont eu une amélioration rapide de l'oxygénation (un délai inférieur à 24H). **Les paramètres recueillis** étaient : les caractéristiques démographiques, le SAPS II, l'étiologie du SDRA, les défaillances viscérales associées, la durée de la ventilation mécanique, les complications de la ventilation mécanique, la durée de séjour et la mortalité.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, 61 patients (d'âge moyen 53 ± 21, sex ratio :0.57) et un SAPS II moyen:44 ± 23) étaient inclus dans cette étude. Les pneumopathies infectieuses étaient l'étiologie prédominante du SDRA (69 %). Un mécanisme indirect (état de choc) était retrouvé dans 14% des cas. Dix neuf patients (31%) étaient ventilés avec un volume courant réduit (en moyenne 5.5ml/kg). Le deuxième groupe était ventilé en moyenne avec un VT de 7.5ml/Kg. Le recours au décubitus ventral était nécessaire dans 25% des cas. La durée moyenne de ventilation mécanique était de 8 ± 11j, et la durée de séjour était de 12 ± 13j. La mortalité était de 57%. Les deux groupes étaient comparables concernant les caractéristiques démographiques, le motif d'admission, les défaillances viscérales associées et le SAPSII. En analyse univariée, la mortalité observée chez le groupe « VT réduit » et « VT normal » était identique, respectivement, 53% et 60% (p=0.61). La durée de séjour dans le groupe « VT réduit » était significativement plus élevée que dans le groupe « VT normal » (16 ± 18j VS 10 ± 10 j). Il existe une tendance de prolongation de la durée de la ventilation mécanique dans le groupe « VT réduit » (13 ± 14 VS 8 ± 9) (p=0.077). L'incidence des infections nosocomiales était de 42% dans le groupe « VT réduit » et de 33% dans le groupe «VT normal» (p=0.23). Deux patients du 2<sup>ème</sup> groupe et un seul du 1<sup>er</sup> groupe avaient développé un barotraumatisme.

**Conclusion :** L'utilisation d'un VT réduit ne semble pas influencer la mortalité du SDRA. Probablement le monitoring de la pression de plateau (< 30cmH<sub>2</sub>O) est un élément plus déterminant que le volume courant lui-même.

## C14.

### **La coagulation intravasculaire disséminée en milieu obstétrical**

*Bouhleb.R<sup>1</sup>, Kallel.S1, Derbel.A2, Ben Soltana.H<sup>2</sup>, Karoui.A<sup>1</sup>*

1. Service d'anesthésie réanimation chirurgicale, CHU Habib Bourguiba, Sfax.
2. Service d'anesthésie réanimation, CHU Hédi Chaker, Sfax.

**Introduction :** La CIVD est une complication grave le plus souvent hémorragique. Survenue en milieu obstétrical, elle se surajoute à des pathologies gravidiques graves et assombrit le pronostic materno-foetal. Le but de cette étude est d'estimer la fréquence de cet accident grave, de déterminer ses principales étiologies, et d'évaluer ses modalités de prise en charge tant obstétricale, et médicale que chirurgicale.

**Matériel et Méthodes :** Ce travail est une étude rétrospective des dossiers médicaux des patientes qui ont présenté une coagulation intra vasculaire disséminée obstétricale et qui ont accouché dans le service de gynécologie de Sfax entre le 1er janvier 2006 et le 31 décembre 2007.

**Résultats :** L'incidence de la coagulation intra vasculaire disséminée en milieu obstétrical était de 1.6 pour mille. L'âge moyen de ces patientes est de 31 ans. La parité moyenne est de 2.6. Trois causes fréquentes de la CIVD ont été identifiées : l'inertie utérine (33 %), l'hématome rétro placentaire (26 %), le HELLP syndrome (26 %). Sur le plan biologique, les deux anomalies le plus souvent retrouvées sont le TP bas et la thrombopénie dans 56 % des cas. L'interruption du processus de la coagulation est avant tout obstétricale. 96 % de ces patientes ont nécessité une transfusion. Le contrôle de l'hémorragie a nécessité un geste chirurgical dans 36 % des cas. La ligature vasculaire a été réalisée dans 8 cas, une hystérectomie d'hémostase a été nécessaire dans 6 cas. On ne note aucun décès maternel et la mortalité périnatale était de 56 %.

**Conclusion :** Certaines mesures sont nécessaires afin de réduire la fréquence de cette pathologie et de ses conséquences materno-foetales graves. Il s'agit essentiellement de dépister les femmes à risque L'évolution de la CIVD est imprévisible et sa prise en charge devrait être multidisciplinaire.

## C15.

### L'hémorragie grave du post-partum

*Bouhleb.R<sup>1</sup>, Kallel.S1, Derbel.A2, Ben Soltana.H<sup>2</sup>, Karoui.A<sup>1</sup>*

1. Service d'anesthésie réanimation chirurgicale, CHU Habib Bourguiba, Sfax.
2. Service d'anesthésie réanimation, CHU Hédi Chaker, Sfax.

**Introduction :** L'hémorragie du post partum est responsable de 25% des 600 000 décès maternels annuels dans le monde. Des progrès importants ont été réalisés dans la prise en charge de ces hémorragies graves.

**Matériels et méthodes :** Le but de cette étude est d'analyser la prévalence des hémorragies graves du post partum, les caractéristiques étiologiques, les traitements appliqués et les facteurs de risques. Il s'agit d'une étude prospective portant sur 46 cas d'hémorragie grave du post-partum ayant survenue entre le 1er janvier et le 31 décembre 2010. Les critères d'inclusion ont été ceux qui répondent à la définition internationale (OMS): le décès maternel c'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite. Durant la même période d'étude 9507 accouchements ont eu lieu.

**Résultats :** L'âge moyen des patientes a été de 30,74 ans. La parité moyenne a été de 2,19. Le pourcentage de patientes primipares a été de 41,3% et des multipares ( $\geq 4$ ) a été de 17,4%. Il y a eu 2 grossesses gémellaires (4,34%). Le terme d'accouchement moyen a été de 34,3 SA. La voie d'accouchement a été par césarienne dans 61% des cas. La césarienne a été programmée dans 10,7% des cas. La délivrance en cas d'accouchement par voie basse, n'a été dirigée que dans 28% des cas. Le Nalador a été utilisé chez 17 patientes (37%). Toutes nos patientes ont été transfusées. 6 patientes ont subi une hystérectomie d'hémostase (13,04%): 2 pour RU et 4 pour IU. La triple ligature a été réalisées dans 3 cas. La ligature des artères hypogastriques a été réalisée dans un seul cas. On a eu 3 décès maternels: un suite à une embolie amniotique, un par stéatose hépatique aigue gravidique et un suite à une hémorragie post opératoire.

**Conclusion :** la prévalence des hémorragies graves du post-partum dans notre série est aussi faible que dans la littérature. L'hémorragie du péripartum est un événement souvent peu prévisible car elle apparaît dans des situations obstétricales variées. Le principal facteur de risque paraît lié dans notre série aux pathologies vasculaires. L'amélioration du pronostic maternel passe par une action préventive agissant sur les facteurs de risques et par la surveillance prolongée du post partum en salle de travail.

## C16.

### **Valeur pronostique des troponines dans l'œdème aigu du poumon (OAP).**

*K. Majed, H. Hemissi, N. Nouira, S. Meftahi, D. Chiboub, N. Chouikh, N. Borsali-Falfoul*  
Service des Urgences, hôpital la Rabta, Tunis.

**Introduction :** L'OAP constitue une urgence vitale fréquente aux urgences. Il confronte l'urgentiste à des difficultés diagnostiques, étiologiques et pronostiques. L'élévation des troponines peut être en rapport avec un syndrome coronarien aigu ou à la surcharge ventriculaire. L'objectif de ce travail est d'étudier la place des troponines dans l'évaluation pronostique de l'OAP aux urgences.

**Méthodologie :** nous avons procédé par une étude prospective incluant les patients admis aux urgences pour OAP. Chaque patient a eu un examen clinique complet, un bilan biologique dont un dosage des troponines à l'admission et à la sortie, un ECG et une radiographie du thorax avec estimation du score radiologique.

**Résultats :** 213 malades admis pour OAP ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de  $67 \pm 11,7$  ans. Le sex-ratio H/F était de 0.94. L'hypertension artérielle et le diabète étaient les principaux antécédents. Les troponines étaient positives ( $>0,1$  ng/ml) dans 48,6% des cas avec des extrêmes entre 0 et 59 ng/ml. L'étude des troponines a conduit à une corrélation positive avec le score radiologique (R de Pearson= 0.201 ;  $p<0.003$ ) ainsi qu'avec la mortalité : le risque de décès est multiplié par 4.7 pour des troponines supérieures à 0.48 ng/ml. Aucune corrélation n'a été trouvée entre le taux des troponines, le score d'encéphalopathie respiratoire, la durée d'hospitalisation ni le stade NYHA.

**Conclusion :** Les troponines présentent un intérêt pronostique aux urgences, leur étude dans l'OAP permet d'isoler une sous population de malades graves à risque de mortalité élevée pour lesquels une optimisation de la prise en charge en collaboration avec les services de cardiologie.

## C17.

### **Pronostic des insuffisances rénales aiguës épurées en réanimation**

*Ayed S, Ayed Della S, Tilouche N, Atig R, Bouzgarrou R, Gharbi R, Fekih Hassen M, Elatrous S. Service de réanimation médicale, CHU Tahar Sfar, Mahdia, 5100, Tunisie*

**Introduction** : L'épuration extra-rénale constitue le traitement de choix de l'insuffisance rénale aiguë sévère. Elle permet le plus souvent de passer une situation clinique critique. Toutefois, l'insuffisance rénale est rarement isolée. Elle s'intègre le plus souvent dans le cadre de syndrome de défaillance multiviscérale.

**Objectif** : Etudier le pronostic à court terme de l'insuffisance rénale aiguë en réanimation et les facteurs prédictifs de mortalité.

**Matériels et méthodes** : C'est une étude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale à l'hôpital EPS Tahar Sfar de Mahdia entre Mars 2006 et octobre 2011. Tous les patients ayant présenté une insuffisance rénale aiguë nécessitant une épuration extra-rénale étaient inclus dans cette étude. Les patients en insuffisance rénale chronique étaient exclus de l'étude. **Les paramètres recueillis** étaient : les caractéristiques démographiques, le SAPS II, la nature de l'insuffisance rénale aiguë, le type de l'épuration extra-rénale (continue ou discontinue), le pourcentage de réduction de l'urée, cause de l'épuration extra-rénale, les défaillances viscérales associées, le recours à la ventilation mécanique, la durée de l'épuration extra-rénale, la mortalité et l'évolution de la fonction rénale à la sortie.

**Résultats** : Durant la période de l'étude 51 patients d'âge moyen  $58 \pm 17$  ans, de sexe ratio 1.83 et de SAPS II moyen :  $54 \pm 20$  étaient inclus dans cette étude. Les motifs d'admission étaient : l'insuffisance respiratoire aiguë (18%), le sepsis sévère (6%), l'insuffisance rénale aiguë (10%) et le coma (10%). La majorité (57%) des patients étaient en état de choc au moment de l'épuration extrarénale. L'insuffisance rénale aiguë était secondaire à une nécrose tubulaire aiguë dans 84% des cas. L'épuration extra-rénale était discontinue dans 84% des cas. La mortalité était de 37%. A la sortie de réanimation, aucun patient n'a nécessité une hémodialyse chronique. La durée de séjour était de  $16 \pm 15$  j (avec des extrêmes de 1 à 81 jours). En analyse univariée, les caractéristiques démographiques, le motif d'hospitalisation, le type de l'épuration extra-rénale, la nature de l'insuffisance rénale, le rendement de la dialyse, le SAPS II étaient comparables entre les patients décédés et les survivants. En analyse multivariée, aucun facteur étudié n'était prédictif de mortalité.

**Conclusion** : L'insuffisance rénale aiguë traitée par épuration extra-rénale reste une cause majeure de mortalité en réanimation. Aucun facteur prédictif de mortalité n'est identifié. L'évolution vers l'insuffisance rénale chronique hémodialysée est nulle dans notre série.

C18.

## **Analyse de la prescription des antibiotiques dans les exacerbations aiguës de bronchopneumopathie chronique obstructive**

*K.Mahjoub, R.Nasri, A.Trifi, S.Abdellatif, N.Mahjoubi, S.Ben Lakhal*  
Réanimation Médicale, CHU la Rabta

**Introduction :** Les étiologies des exacerbations aiguës de bronchopneumopathie chronique obstructive (EABC) sont multiples mais fréquemment d'origine infectieuse. Le but de notre étude est d'analyser nos pratiques de prescription des antibiotiques pour les patients admis en réanimation pour EABC en se basant sur les critères de jugements suivant : la pertinence du diagnostic d'infection bactérienne, l'urgence même de l'antibiothérapie et la qualité de l'antibiothérapie prescrite.

**Patients et Méthodes :** Etude descriptive, rétrospective entre Janvier 2008 et Décembre 2009.

**Résultats :** 60 patients d'âge moyen 61+/-11 ans sont inclus. Le sex-ratio est de 2,5. L'IGS II est de 15+/-9. Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 83,3% des patients. Le taux de mortalité était de 25%. Parmi les 60 épisodes d'EABC, 78,3% sont survenus chez des fumeurs. 40 patients avaient des antécédents cardio-vasculaires. Tous les patients présentent, en plus des signes cliniques suggestifs d'EABC, des signes de gravité ayant justifié leur hospitalisation en réanimation. L'étiologie infectieuse de l'exacerbation est retenue pour 70% des patients. Or, dans notre étude, il s'est avéré que tous les patients ont bénéficié d'une antibiothérapie. Il existe donc une surconsommation des antibiotiques. Par ailleurs, dans 30% des cas cette prescription n'est pas conforme aux recommandations (1) déconseillant l'antibiothérapie en l'absence de critères majeurs évocateurs de l'origine bactérienne de l'EABC, notamment la purulence des expectorations

**Conclusion :** La décision de traiter une EABC est prise en fonction de certains critères. Toutes les sociétés savantes recommandent l'utilisation des antibiotiques pour le traitement des EABC d'origine infectieuse. Néanmoins, il convient de peser l'indication de l'antibiothérapie pour optimiser la prise en charge, diminuer le coût, contrôler l'apparition de souches bactériennes résistantes et limiter les intolérances aux antibiotiques.

*(1) 15ème conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. SPILF 2006.*

## C19.

### **Incidence et profil microbiologique des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique en réanimation**

*Zaghdoudi I, Guissouma J, Fathallah I, Rezgui M, Abidi N, Jerbi Z.*  
Urgences-Réanimation Médicale. Hôpital Habib THAMEUR. Tunis

**Introduction:** Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) représentent le premier site d'infection nosocomiale (IN) en réanimation. En terme de morbi-mortalité, elles représentent la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité d'IN. Elles sont également à l'origine d'une prolongation de la durée de séjour en réanimation et d'un sur-coût direct non négligeable

**But du travail:** Déterminer le profil microbiologique des PAVM en réanimation. Sont évalués : L'incidence, les moyens diagnostiques, le profil microbiologique, l'antibiothérapie prescrite en réanimation et l'évolution clinique.

**Méthodes :** Etude rétrospective durant une période de deux ans et demi (Juin 2007 - Janvier 2010) colligeant tous les patients adultes admis en réanimation ayant nécessité une intubation et une ventilation mécanique pendant plus de 48 heures.

**Résultats :** 33 épisodes de PAVM sont colligés chez des patients âgés en moyenne de  $61,7 \pm 14,7$  ans, de sex ratio 1,75 avec un IGS II moyen de  $46,5 \pm 15,5$ , représentant une fréquence de 18,3% et une incidence de 20,8 épisodes de PAVM par 1000 jours de ventilation mécanique. 34% des PAVM sont précoces et 64% sont tardives. Les germes isolés au moyen d'un prélèvement trachéal distal protégé (PDP) sont des bacilles à Gram négatif dans 82% des cas et des cocci à Gram positif dans 18% des cas : *Pseudomonas aeruginosa* et *Acinetobacter baumannii* représentent 48% des cas. Une bactériémie au même germe isolé dans le PDP est notée dans 9% des cas. 16 patients ont eu une antibiothérapie dirigée et 17 ont eu une antibiothérapie empirique démarrée après la réalisation des prélèvements bactériologiques. Dans 88% des cas il s'agissait d'une association entre deux molécules. 9 patients (28%) ont évolué favorablement et 24 patients (72%) sont décédés.

**Conclusions :** La prise en charge des PAVM est en grande partie conditionnée par l'émergence de bactéries multi résistantes en réanimation. La stratégie diagnostique et thérapeutique doit tenir compte de l'écologie bactérienne locale, de la nature des pathologies et des co-morbidités des patients pris en charge et des facteurs environnementaux propres à chaque service de réanimation.

## C20.

### **La trachéotomie en réanimation : Etude descriptive de 144 cas**

Anis Chaari<sup>(1)</sup>, Hssan Dammak<sup>(1)</sup>, Hichem Kssibi<sup>(2)</sup>, Najla Ben Algia<sup>(1)</sup>, Fatma Medhioub<sup>(1)</sup>, Hedi Chelly<sup>(1)</sup>, Chokri Ben Hamida<sup>(1)</sup>, Mabrouk Bahloul<sup>(1)</sup>, Mounir Bouaziz<sup>(1)</sup>.

- 1- Service de réanimation polyvalente. CHU Habib Bourguiba. Sfax.
- 2- Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU). CHU Habib Bourguiba Sfax.

**Buts :** 1- Rapporter les caractéristiques épidémiologiques des patients nécessitant le recours à la trachéotomie chirurgicale en réanimation 2-préciser les indications amenant à la trachéotomie 3- Rapporter les complications en rapport avec la trachéotomie.

**Patients et Méthodes :** Etude prospective déroulée sur une période de 12 mois (01-08-2010 au 01-08-2011). Tous les patients âgés de plus de 18 ans et ayant eu une trachéotomie chirurgicale ont été inclus dans l'étude.

**Résultats :** Durant la période d'étude 144 patients ont été inclus. Le motif d'admission a été un polytraumatisme (61,8 %), une détresse respiratoire (14,6 %), un trouble de l'état de conscience (16,6 %), un état de choc (2,8 %) et un arrêt cardio-respiratoire (4,2). Le SAPSSII moyen a été de  $36 \pm 12,45$  points. Le délai d'intubation par rapport à l'admission a été de  $0,37 \pm 1,18$  jour. Un sevrage avant la trachéotomie a été tenté chez 55 patients (38,2 %) avec un délai de  $5,84 \pm 4$  jours. Le premier sevrage a échoué chez 28 patients (50,9 %). L'extubation a été tentée chez 36 patients (25 %) dont 15 plus de 2 fois et a échoué chez tous les patients. Les indications de la trachéotomie ont été : une ventilation prolongée (48,6 %), une ventilation prévue prolongée (66,7 %), la facilitation des soins (62,5 %), des difficultés de sevrage (31,9 %), un échec d'extubation (25 %) et les troubles de la déglutition (11,8 %). La trachéotomie s'est compliquée d'un saignement local chez 31 patients (21,5 %), d'une infection de la stomie chez 40 patients (27,8 %) et d'une pneumonie nosocomiale chez 75 patients (52,1 %). La médiane de survenue d'une pneumonie nosocomiale par rapport à la trachéotomie a été de 2 jours. Après la réalisation de la trachéotomie, l'arrêt de la sédation a été obtenu chez 70,1 % des patients au bout de  $4,2 \pm 7,85$  jours. Le sevrage définitif de la ventilation a été obtenu chez 93 patients au bout de  $6,92 \pm 9,82$  jours. La décanulation a été réussie chez 62 patients (43,1 %) alors que 38 patients (26,4 %) ont quitté la réanimation avec la canule de trachéotomie. La durée moyenne d'hospitalisation a été de  $26,13 \pm 14,63$  jours. L'évolution a été fatale pour 51 patients (Taux de mortalité = 35,4 %).

**Conclusion :** La trachéotomie constitue un moyen permettant de faciliter le sevrage de la ventilation mécanique. Les complications sont dominées par les pneumopathies nosocomiales. La prévention de ces complications permettrait d'améliorer le pronostic des patients.

## C21.

### **Intérêts des scores de gravités dans les pneumonies communautaires chez le sujet âgé**

*M.Rezgui, S Ben Dhiaf\*, I Zaghdoudi, R Daoudi, NE Abidi, N Borsali Falfoul Z .Jerbi*

Service des urgences et de réanimation, Hôpital La Rabta\*, Hôpital Habib Thameur Tunis.

**Introduction :** La pneumonie aigue communautaire (PAC) est à l'origine d'une morbi-mortalité majeure particulièrement chez le patient âgé souvent polytaré. La décision de traitement ambulatoire des PAC ou d'hospitalisation se base sur des critères de gravité. Plusieurs scores d'évaluation sont proposés aux urgences pour aider le médecin dans sa décision.

**But du travail :** Le but de ce travail est d'évaluer l'apport des scores de Fine et CURB-65 dans la décision d'hospitalisation des sujets âgés ayant une PAC aux urgences.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 90 patients âgés hospitalisés pour PAC dans le service des Urgences de l'hôpital La Rabta de Tunis entre septembre 2009 et Décembre 2010. Les données cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été recueillies et analysées sur logiciel SPSS10.

**Résultats :** 90 patients âgés ont été colligés, d'âge moyen égal à 75,3 ans avec une prédominance masculine, sexe ratio de 2,2 (69% de sexe masculin). Une pathologie sous-jacente a été retrouvée dans 87,5% des cas (diabète, cardiopathie, BPCO). Dyspnée, fièvre, toux et expectorations étaient les principaux symptômes (59%, 66%, 63% et 25%). Les signes de gravité les plus fréquents étaient la polypnée, l'hypotension artérielle et la confusion. La radiographie thoracique a montré une image évocatrice de pneumopathie dans 100% des cas, et des images à type d'opacités parenchymateuses alvéolaires dans 67,7% des cas. 26% avaient une hypoxie avec une  $PaO_2 < 60$  mmHg et 13% avaient une acidose. Selon le score de Fine, 6,6% des patients étaient à faible risque (classes I et II), 26,6% étaient à risque intermédiaire (classe III) et 65,5% à haut risque (classes IV et V). Selon le CURB-65, 59,9% des patients étaient à faible risque et judiciables d'un traitement en ambulatoire. La mortalité était de 16,7% corrélée aux valeurs élevées des scores pronostiques (Fine > III et CURB-65 > 3). Au terme de cette étude, nous avons validé chez le sujet âgé atteint de PAC, l'utilisation des deux scores fine et CURB-65 semble fiable dans les classes de gravité élevée mais une vigilance est nécessaire pour les classes à faible risque et intermédiaire. Les patients en situation intermédiaire (CURB-65=3 ou Fine III) seront admis dans l'UHCD.

**Conclusion :** La comparaison de la pertinence de ces scores dans l'évaluation de la gravité et la prédiction de la mortalité a conclu à des performances similaires avec de meilleures spécificités et VPP pour le score de Fine mais aucun de ces scores pronostiques ne peut dépasser le bon sens clinique et l'expérience de l'urgentiste. Nous proposons un algorithme intégrant ces scores pronostiques et les critères de gravité permettant de standardiser la stratégie de prise en charge des PAC dans les services des urgences en attendant des scores plus fiables.

## C22.

### Un nouveau score de gravité de l'insuffisance respiratoire aigue (IRA).

Allal S, Khedher A, Ben Saida I, Azouzi A, Farjallah A, Chouchene I, Bouchoucha S, Boussarsar M.

Service de Réanimation médicale – CHU F Hached, Sousse.

**Introduction :** L'IRA, un syndrome fréquent, reste toujours cliniquement mal apprécié. La revue de la littérature ne fait état que de quelques balbutiements ayant intéressé la néonatalogie (score de Silverman) et chez l'adulte le score de Patrick qui a vu le jour en 1996, pour répondre à des besoins scientifiques.<sup>1</sup> Ces deux scores n'ont jamais été validés. A coté de ces scores généralistes, des scores spécialisés par pathologie ont été élaborés pour les besoins de la recherche scientifique.

**But :** Pour combler ce vide, nous avons procédé à la construction d'un score d'IRA dont les items, organisés de façon tri-modale (tableau 1), ont été choisis sur la base de l'expertise physiopathologique et clinique tout en accordant une attention particulière à leur libellé et à leur gradation pour tendre à un idéal, celui d'un score qui se veut à la fois simple, non invasif, peu couteux, didactique et avec des propriétés clinimétriques intéressantes. L'objectif de notre étude est de valider ce score déjà à l'usage depuis plusieurs années dans notre service.

**Tableau 1 :** Score d'insuffisance respiratoire à l'étude.

Grade	Polypnée	Tirage	Hypoxémie
I	< 30	Tirage inter-costal	Absente
II	30 à 40	Tirage sus-claviculaire et/ou sus sternal	Cyanose
III	>40	Balancement thoraco-abdominal / Battement des ailes du nez	Trouble circulatoire et/ou de la conscience
IV	gasp	Epuisement / Arrêt ventilatoire	Arrêt cardio-circulatoire

**Méthode :** Etude prospective sur une cohorte de 70 patients souffrant d'IRA sur poumon antérieurement sain. Validation intrinsèque par l'examen de la concordance inter-observateur par l'estimation du coefficient de corrélation « rho » de Spearman entre les réponses respectives des seniors et des résidents.

Evaluation des propriétés clinimétriques, par l'examen de la prédiction pronostique par la courbe ROC, par rapport à un *gold-standard* composite ( $PaO_2/FiO_2 < 250$  et/ou assistance ventilatoire).

**Résultats :** La concordance inter-observateur est excellente ( $\rho=0.886$ ,  $p=0.01$ ) et non influencée par le grade de l'observateur ni sa connaissance préalable du score. L'analyse des propriétés discriminatives du score par rapport au critère composite démontre une aire sous la courbe ROC très intéressante ( $AUC=0.88$ ) attestant d'un pouvoir prédictif du pronostic excellent.

**Commentaire :** Ce nouveau score ainsi validé pourrait nous amener certains avantages dans la pratique. D'abord clinique, autorisant une évaluation précise de la gravité de l'IRA, une surveillance plus objective des patients et une communication plus aisée entre prestataires de soin. Scientifique, autorisant des indications d'oxygénothérapie et d'assistance ventilatoire raisonnées et sans délai, un monitoring plus précis de l'évolution sous traitement physiopathologique et étiologique de l'IRA et enfin, il pourrait faire l'objet précieux d'un outil de comparaison pour les essais cliniques randomisés évaluant des thérapeutiques au cours de l'IRA ou des études physiologiques s'intéressant à ce même spectre. Outre l'intérêt clinique et scientifique notre score, tel qu'il est construit, pourrait servir d'outil didactique.

#### Références :

1. Patrick W, Webster K, Ludwig L, Roberts D, Wiebe P, Younes M. Non invasive positive pressure ventilation in acute respiratory distress without prior chronic respiratory failure. Am J Respir Crit Care Med 1996;153:1005-11.

## C23.

### **Evolution de la pratique de la VNI en réanimation**

*Sawssen Ben Abdallah , Faten Jalloul, Mohamed Dlala, Faten May, Fatma Ben Amor , Wiem Selmi, Fahmi Dachraoui, Islem Ouanes, Lamia Besbes Ouanes , Fekri Abroug*  
Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba Monastir

**Rationnel :** La Ventilation non invasive (VNI) est devenue le « gold standard » de la ventilation dans l'exacerbation aiguë de BPCO (EABPCO) et l'œdème aigu du poumon (OAP) cardiogénique ; son usage a été étendu à nombreuses autres situations.

**Objectif de l'étude :** Evaluer les indications et le devenir des patients admis en réanimation chez qui la VNI a été instaurée.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective incluant tous les patients consécutivement admis en réanimation entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 15 septembre 2011, chez qui la VNI a été réalisée durant leur séjour. Nous avons relevé les caractéristiques démographiques des patients (âge, sexe, comorbidités, SAPS II, diagnostic principal), les conditions de ventilation à l'admission, l'indication de la VNI et les éléments évolutifs (durée de ventilation mécanique (VM), infection nosocomiale, recours à une intubation secondaire, durée de séjour et décès en réanimation).

**Résultats :** 1845 patients ont été admis durant la période d'étude. La VNI a été réalisée chez 468 d'entre eux (25%) : 421 patients (90%) ont eu de la VNI comme première modalité de ventilation et 47 patients (10%) ont eu la VNI été intubé initialement, 311 (66,5%) étaient de sexe masculin, l'âge moyen était de 67ans ( $\pm 12$ ). Le SAPS II moyen était de 28,6 ( $\pm 9$ ). 184 (39,3%) et 43 (9,2%) patients avaient respectivement de l'oxygène et /ou de la VNI à domicile.

L'indication principale de la VNI était l'IRA/IRC pratiquée chez 442 patients (94%), l'IRA de novo chez 20 d'entre eux (4,2%). Elle a été utilisée dans la période post-extubation (VNI préventive ou devant des signes d'IRA) chez 46 patients (9,8%). Dans cette indication le pourcentage est passé de 4,2% en 2008 à 16,7% en 2011. Pour la population ayant eu la VNI, les durées médianes de VNI et de séjour en réanimation étaient respectivement de 6 (IQR=6) et 10 (IQR=10) jours. 33 patients (7%) sont décédés en réanimation (la mortalité globale relevée dans le service durant la même période était de 24,6%)

**Conclusion :** L'indication principale de la VNI en réanimation reste l'EABPCO hypercapnique, avec un élargissement de l'indication à la période post-extubation. La mortalité des patients en VNI est inférieure à celle de la population totale durant la même période d'étude.

## C24.

### **Evolution et devenir des patients insuffisants respiratoires chroniques obstructifs (IRCO) traités par ventilation non invasive à domicile (VAD)**

*Jalloul.F, Dlela.M, Ben Abdallah.S, May.F, Ben Amor.F, Selmi.W, Ouanes.I, Dachraoui.F, Abroug.MF, Ouanes-Besbes.L*

Service de Réanimation Polyvalente du CHU F.Bourguiba de Monastir

**Introduction :** L'avènement de la VNI à domicile et la meilleure connaissance de ces indications font de cette technique une thérapeutique prometteuse pour les patients IRCO pour réduire la fréquence des décompensations aiguës. Le but de cette étude est d'évaluer l'effet de la VNI à domicile sur l'évolution clinique, la qualité de vie et le devenir des IRCO.

**Matériel et Méthodes :** C'est une étude rétrospective avec recueil prospectif des données, incluant les patients IRCO (ayant une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) associée ou non à un syndrome d'apnée du sommeil (overloop syndrome) traités par VAD entre Octobre 2005 et Octobre 2011. L'indication de la VAD est basée sur les critères de la SPLF 2003. Tous les patients ont bénéficié d'une polygraphie au cours de l'hospitalisation après stabilisation de leur état respiratoire. Le démarrage de la VAD se fait en milieu hospitalier et les patients sont ensuite suivis en consultation, avec un contrôle clinique, spirométrique et gazométrique à un mois, puis tous les trois mois. Le score d'anxiété/dépression ( Hospital Anxiety and Depression : HAD) a été calculé avant l'instauration de la VAD et 6 mois après. Ce score a une valeur minimale de 0 et une valeur maximale de 21 pour chaque versant : Un score de 0 à 7 (normal), de 8 à 10 (état anxieux/dépressif modéré), de 11 à 14 (état anxieux/dépressif moyen), de 15 à 21 (état anxieux/dépressif sévère).

**Résultats :** Nous avons inclus 36 patients dont l'âge moyen était de 66 ans. 14 patients (38,8%) avaient une BPCO et 22 patients (61,2%) avaient un overloop syndrome. Tous les patients avaient une dyspnée de base stade 3 ou 4 de l'ERS et une oxygénothérapie au long cours. Après un an de VNI à domicile aucune différence significative n'a été trouvée dans l'évolution du VEMS ( $920 \pm 100\text{ml}$  vs  $980 \pm 120$ ). L'analyse des GDS à 1 an montrait une réduction significative de la PaCO<sub>2</sub> ( $59 \pm 8$  mmHg vs  $45 \pm 7$  mmHg). Une réduction significative du score HAD était notée après un an de VNI (de  $28 \pm 9$  à  $9 \pm 2$ ). Une réduction du nombre d'hospitalisations était notée après un recul moyen de 2 ans. La mortalité globale était à 19,4 % dont La cause respiratoire était de 28%.

**Conclusion :** Cette étude suggère que la VAD permet une stabilisation clinique de la fonction respiratoire chez les IRCO notamment ceux ayant un overloop syndrome. Elle assure également une meilleure qualité de vie en réduisant la fréquence des hospitalisations et le score d'anxiété/dépression.

## C25.

### **Les accidents vasculaires cérébraux. Expérience du S. A. U. de Nabeul**

*Y. Ammar, A. Khelil, N. Mtaoua, E. Rbia, Y. Kalai, K. Mehrez, C. Ben Salh, A. Selmene.*

S.A.U H.M.T.Maamouri Nabeul.

Les urgences neurologiques représentent une activité importante au sein des S.A.U. les pathologies sont diverses et susceptibles d'entraîner une morbi-mortalité non négligeable essentiellement si la prise en charge n'est pas optimale des les premières heures.

Dans cette étude menée au S.A.U de l'H.M.T.M de Nabeul au cours de l'année 2010, incluant tout patient consultant pour AVC (constitué ou AIT), nous nous sommes proposés d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques, les différentes explorations pratiquées en urgence, et la prise en charge thérapeutique.

**Résultats :** 625 patients ont consulté durant cette période d'étude pour un AVC, l'âge moyen est de 67 ans (27 à 92 ans), la prédominance est féminine. Le délai moyen entre le début d'installation des troubles et l'heure de consultation est de 12 heures (30 minutes à 3 jours). Les facteurs de risque sont dominés par l'HTA, le diabète, et la dyslipémie. 10% de nos patients ont des ATCD d'AVC.

Le GCS était inférieur à 8 chez 11% des patients, une hémiparésie a été retrouvée chez 42%, 39% présentaient une hémiparésie, 12% une paralysie faciale.

La TDM était normale dans 63% des cas, elle montrait un hématome intra-cérébral dans 16% des cas et une ischémie dans 21% des cas.

6% des patients ont été admis en réanimation et en neurochirurgie, 1% sont décédés dans les heures qui suivent aux urgences.

La prise en charge adéquate aux urgences des patients victimes d'A.V.C, nécessite:

- La formation des urgentistes à la pathologie neuro-vasculaire
- La création d'unité neuro-vasculaire
- La standardisation de la prise en charge des AVC aux urgences par une meilleure collaboration avec les différents services : Urgentiste, Neurologue, Neurochirurgien, Radiologue, Réanimateur.