

Posters affichés

P1. Hypercalcémie maligne révélant une pancréatite aiguë (à propos d'un cas).

K.Lamazawak, I.Malajati, H.Ezzouine, B.Charra, A.Benslama. **Service de Réanimation Médicale, CHU Ibn Rochd Casablanca Maroc.**

INTRODUCTION : La pancréatite aiguë secondaire à l'hypercalcémie de l'hyperparathyroïdie primaire (HPT I) est rare, Association dans 1 à 8% des cas selon les séries, les étiologies les plus fréquentes restent la lithiase biliaire et l'alcoolisme chronique. Cette association présente des particularités diagnostiques thérapeutiques et pronostiques.

OBSERVATION : Il s'agit d'une patiente âgée de 49 ans, cholecystectomisée il y'a 1an, admise pour vomissements associés à des douleurs abdominales, évoluant depuis deux semaines. L'examen à l'admission a retrouvé une patiente somnolente score GCS 14/15, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Une échographie abdominale était normale. Un bilan hydro-électrolytique était normal. Une fibroscopie oeso-gastroduodénale n'avait pas révélé d'anomalies. Une lipasémie a été demandée, et s'est révélée élevée à 3 fois la valeur normale. Une TDM abdominale a montré un pancréas de taille normal : stade « A » de Balthazar, le bilan biologique fait dans le cadre de la recherche étiologique a montré un bilan lipidique normal, un bilan phosphocalcique a montré une hypercalcémie à 165 mg/l avec un taux élevé de la PTH à 950 pg/ml. La prise en charge thérapeutique a comporté une mise à jeun, la réhydratation (4 l/j), et la patiente a bénéficié d'une séance d'hémodialyse en bain pauvre en calcium, et traitement symptomatique à base de biphosphonates (acide zoledronique), diurétiques, glucocorticoïdes. L'évolution a été marquée par une baisse de la calcémie avec un contrôle de calcémie à 105 mg/l puis 90 mg/l après 5 jours d'hospitalisation, avec une bonne évolution clinique.

DISCUSSION/CONCLUSION : L'hypercalcémie est une cause rare de la pancréatite aiguë, néanmoins la physiopathologie de cette association n'est actuellement pas encore comprise. L'hyperparathyroïdie primaire, qui est une cause curable de la pancréatite aiguë, doit être recherchée systématiquement devant toute pancréatite aiguë, lorsqu'il n'existe pas une cause évidente.

P2. Acido-cetose diabétique en Réanimation.

I.Malajati, O.Benlenda, K.Lamazawak, H.Ezzouine, B.Charra, A.Benslama. **Service de Réanimation Médicale du CHU de Casablanca; Maroc**

LE BUT de notre étude était d'analyser les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques des patients en acidocétose diabétique admis en réanimation.

PATIENTS ET METHODES : C'est une étude prospective monocentrique, qui a été réalisée au service de réanimation médicale du CHU IBN ROCHD casablanca (maroc), ont été inclus tous les patients admis pour acidocétose diabétique, entre janvier 2011 et juillet 2012.

RESULTATS : Les patients admis en acidocétose diabétique représentaient 18,30% du total des admissions en réanimation durant la période de l'étude, avec un âge moyen de 41,15 ans, et un sexe ration (H/F) à 0,72. Il existait un diabète insulino-dépendant (DID) dans 62,79% des cas, non insulino-dépendant dans 23,25% des cas, une ACD inaugurale dans 13,95% des cas. Les principaux facteurs de décompensation étaient la mauvaise compliance du traitement dans 27,95% des cas, l'état infectieux dans 25,4% des cas, dominé par l'infection urinaire dans 27,90% des cas, puis les pneumopathies dans 8,34% des cas, les malades admis en sepsis grave ; à point de départ non déterminé ; représentaient 8,33% des cas. Les données cliniques et biologiques à l'admission en réanimation sont représentées dans le tableau ci-dessous :
Tableau : données cliniques et biologiques à l'admission Clinique : - Score de GCS moyen -

Score APACH II moyen - Score IGS II moyen - Défaillance neurologique (GCS<8) - Défaillance circulatoire 12,30 5,58 10,42 23,25 % 16,28 % Biologie : - Insuffisance rénale - Dyskaliémie - Dysnatrémie 44,19 % 26,30 % 16,10 % Sur le plan thérapeutique, à l'admission, l'insulinothérapie a été instaurée en intra-veineux, à dose de 0,1 UI/Kg/H, avec une surveillance horaire de la glycémie capillaire, relayée par l'insuline par voie sous-cutanée lorsque la glycémie capillaire devient inférieure ou égale à 2 g/l, avec une réhydratation intra-veineuse, une antibiothérapie a été administrée chez 51,92 % des cas, selon le site de l'infection. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 4,80 jours, avec un taux de mortalité de 23,25%, en relation avec un choc septique dans 13,95% des cas, et choc cardiogénique dans 8,33 % des cas.

CONCLUSION : Dans notre série, la mortalité des patients en acidocétose diabétique demeure élevée, malgré la prise en charge dans une unité de réanimation, en relation souvent avec le retard de la prise en charge, et le suivi irrégulier de nos patients, d'où la nécessité d'améliorer les moyens préventifs en matière de diabète.

P3. Quel intérêt de l'hyperlipasémie chez les malades en réanimation.

Yazidi MR, Rafrafi A, Kilani E, Zghidi SM, Jaoua H, Ben Fadhel K. **Service de réanimation du CHU Habib Thameur. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'atteinte pancréatique est fréquente en réanimation parfois grave mettant en jeu le pronostic vital. Cependant le diagnostic d'une pancréatite aigüe reste difficile à confirmer chez les malades intubés ventilés et il est essentiellement porté sur la biologie ainsi que les modifications morphologiques scannographiques devant une symptomatologie pauvre. Le but de notre travail est de faire le dosage sérique des lipases des patients en réanimation et de les confronter aux images scannographiques afin de détecter une pancréatite aigüe.

MATERIEL ET METHODES : Après accord du comité d'éthique locale, nous avons mené une étude prospective incluant les patients sans antécédents de pathologies pancréatiques admis au service de réanimation du CHU Habib Thameur. Les critères d'exclusion étaient ; durée de séjour moins de 5 jours ; la femme enceinte et l'âge inférieur à 18 ans. L'étude a concerné les patients dont la durée prévue de séjour dépasse 5 jours. Un dosage sérique quotidien des lipases a été effectué chez tous les malades avec la même méthode (ELISA) pendant au moins 10 jours. Les patients dont le taux des lipases dépasse trois fois la normale ont bénéficié d'un scanner abdominal avec injection.

RESULTATS : Les résultats préliminaires montrent qu'il n'y a pas de corrélation entre le taux sérique des lipases et les images scannographiques. En effet, 70% des patients ayant un taux de lipasémie plus de trois fois la normale n'avaient pas des modifications morphologiques du pancréas à la tomodensitométrie ($p > 0,005$). L'étiopathogénie de la pancréatite en réanimation semblait un dommage des cellules pancréatiques dû aux phénomènes d'hypoperfusion et d'ischémie et non une consommation des enzymes.

CONCLUSION : En milieu de réanimation ; l'hyperlipasémie est très fréquente et elle n'a pas montré ni de spécificité ni de sensibilité pour le diagnostic de pancréatite aigüe.

P4. Une Rhabdomyolyse non traumatique mais éclectique !

Zaouche K, Majed K, Mathlouthi O, Meghaieth N, Nouira N, Chiboub D, Meganem A, Hamouda C, Borsali Falfoul N. **Service des Urgences, la Rabta, Tunis. Tunisie**

INTRODUCTION: La rhabdomyolyse est une lyse musculaire s'accompagnant d'une libération de son contenu intracellulaire au niveau sérique et urinaire. Qu'elle soit toxique, médicamenteuse ou infectieuse, la rhabdomyolyse non traumatique est une pathologie dont la symptomatologie demeure fruste. Nous rapportons l'observation d'une rhabdomyolyse déclenchée suite à une infusion de « Edharou » chez un patient haltérophile traité par fénofibrate depuis trois mois.

OBSERVATION : Un homme de 32 ans haltérophile, diabétique sous metformine, traité par fénofibrate depuis trois mois, a consulté les urgences pour une fatigue musculaire prononcée l'empêchant de travailler survenue après ingestion de 3 litres d'infusion de feuilles de pistacia lentiscus (figure) connue dans le nord-ouest de la Tunisie sous le nom d'« Edharou ». L'interrogatoire révèle la notion d'effort musculaire plus intense mais pas plus que d'habitude. L'examen physique ne note aucune anomalie. Le bilan biologique a été montré des CPK à 14835 (N<190U/L) ; LDH à 396 (N<245U/L) ; ALAT à 83 (N<41) ; ASAT à 126 (N<38) ; Créatinine à 70umol/l et Urée à 0,21g/l. Le diagnostic d'une rhabdomyolyse sans insuffisance rénale a été retenu. Le traitement a consisté en une réhydratation et alcalinisation durant trois jours jusqu'à normalisation des taux des CPK.

CONCLUSION : Il s'agit d'une observation d'un cas de rhabdomyolyse survenant chez un sujet accumulant une activité physique intense, un traitement par fenofibrate dont et une consommation d'une infusion de feuilles de lentisque pistachier. Nous discutons la physiopathologie multifactorielle de la rhabdomyolyse et la dangerosité potentielle des breuvages traditionnels concoctés à visée médicale.



P5. Insuffisance rénale aiguë suite à une électrisation : A propos d'un cas.

Tayeb I¹, Jaballah L¹, Hammouda M¹, May.F², Ltaief A¹, Aloui S¹, Frih MA¹, Skhiri H¹, Ben Dhia N¹, El May M¹. ¹:Service de Néphrologie.CHU Fattouma Bourguiba Monastir ; ²:service de Réanimation Polyvalente. CHU Fattouma Bourguiba Monastir Tunisie.

INTRODUCTION : Les accidents d'électrisation(AE) ont un potentiel de morbi-mortalité considérable qui atteindrait entre 3 et 15 % des victimes .Ceux par courant à haute tension (Au-dessus de 1 000 V) représenterait 45 % des AE. Ils *peuvent causer des altérations physiologiques et des lésions organiques très graves* .Souvent, l'insuffisance rénale aiguë est la conséquence d'une rhabdomyolyse.

PATIENT ET METHODES : Nous rapportons le cas d'un jeune de 21 ans, victime d'un accident d'électrisation avec survenue de complication rénales et neuropsychiques.

RESULTATS: Le patient était victime d'une électrisation par fibres de haute tension avec survenue d'un arrêt cardio-respiratoire, ayant récupéré après 25 min de réanimation en rythme sinusal. Sur le plan respiratoire, il a nécessité l'assistance ventilatoire pendant 8 jours. Intubé initialement puis trachéotomisé devant des difficultés de sevrage de la ventilation mécanique. L'évolution était marquée par la survenue d'une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM), sur le plan rénal : installation d'une anurie 24 heures après l'accident avec insuffisance rénale aiguë (urée : 43 mmol/l créatinine à 600 μ mol/l) et des valeurs élevées de CPK (12570UI/L) . Le diagnostic retenu était une nécrose tubulaire aiguë secondaire à la rhabdomyolyse ischémique et à l'hypo perfusion rénale prolongée. Le malade a nécessité 6 séances d'hémodialyse ainsi qu'un traitement diurétique à forte dose. A partir de J11 d'hospitalisation, la diurèse a repris avec apparition d'une hypercalcémie arrivant à 4mmol/ et une hyperphosphatémie à 2.7 mmol/l. La réhydratation hydroélectrolytique, l'équilibre acido-basique, ainsi que l'administration de la calcitonine et des biphosphonates a permis de normaliser la calcémie au bout de 10 jours avec une récupération d'une fonction rénale normale. Par ailleurs, l'examen neurologique a distance (Après extubation et reprise de la conscience), a révélé des troubles cognitifs : à type de troubles de compréhension et de la mémoire avec aphasie ainsi qu'un déficit moteur proximal des 4 membres en rapport avec un syndrome myogène périphérique séquellaire de l'électrisation.

CONCLUSION : Les lésions engendrées par les AE peuvent engager le pronostic vital dans l'immédiat ou être responsables de séquelles fonctionnelles et esthétiques souvent majeures.

P6. Insuffisance rénale aiguë des patientes obstétricales de soins intensifs.

F Medhioub (1); N Ben Algia (1); A Chaari (1); O Turki (1); R Ammar (1); R Allala (1); K Chtara (1); H Ghadhoun (1); H Dammak (1); M Bahloul (1); H Chelly (1); C Ben Hamida (1); M Bouaziz (1) **(1) Service de Réanimation Médicale, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie**

BUT : Analyser l'insuffisance rénale aiguë (IRA) chez les parturientes admises en péripartum en soins intensifs et déterminer les éléments prédictifs.

PATIENTES ET METHODES : Notre étude est rétrospective, menée sur une période de 10 ans (1/1/2003 – 30/06/2012). Elle a inclut toutes les patientes ayant une IRA définie par un taux de créatininémie > 80 μ mol /l. L'IRA est considérée modérée lorsque le taux de créatininémie est compris entre 80 et 150 μ mol /l et sévère lorsqu'il est supérieur à 150 μ mol /l.

RESULTATS : Durant notre période d'étude, 307 patientes ont été hospitalisées dans le service de réanimation dont 119 ont développé l'IRA. Ce tableau montre la classification des patientes selon la présence et la gravité de l'IRA :

	Sans IRA	Avec IRA		
		modérée	sévère	Total
Fréquence	188 (61. 3%)	102 (33.2 %)	17 (5.5 %)	119 (38.7 %)
Taux de la créatininémie	58.3 $\pm$ 1	102.9 $\pm$ 2.2	298.3 $\pm$ 1,2	128 $\pm$ 2.3
Clairance de la créatininémie (selon MDRD) (ml /mn)	108 $\pm$ 2.3	58 $\pm$ 1.2	20.2 $\pm$ 2.6	52.8 $\pm$ 1.7

L'âge des patientes avec IRA a été en moyenne de 30.6 $\pm$ 0.7 ans. Le nombre de gestes a été en moyenne de 1.9 $\pm$ 0.1 et le nombre de parts a été de 2.3 $\pm$ 0.2. L'IRA a été associée aux complications de l'HTA gravidique (la pré éclampsie (65.5 %), l'éclampsie (21 %), le HELLP syndrome (24 %)). L'IRA a été fonctionnelle chez 93 patientes (78 %). Elle a été organique chez 26 patientes (22 %), due à une néphropathie tubulaire dans 13 %, à une néphropathie glomérulaire dans 8 % et à une néphropathie inertielle dans 1%. La

ventilation mécanique de plus de 24 heures a été nécessaire chez 34 patientes (28.5 %) avec une durée moyenne de $3,7 \pm 1,2$ jours. Le recours à l'épuration extra rénale a été noté chez 7 patientes (5.8 %). Le mode d'accouchement a été par voie basse chez 26 patientes (21.8 %) et par césarienne chez 89 patientes (74.7 %). La mortalité a été notée chez 9 patientes (7.5 %). Les facteurs prédictifs de la survenue d'une IRA sont présentés dans le tableau suivant :

	Sans IRA	Avec IRA	P
Choc n (%)	10 (5.3 %)	18 (15.1 %)	0.04
OAP n (%)	24 (12.7 %)	31 (26 %)	0.01
CIVD n (%)	26 (13.8 %)	36 (30.2 %)	0.02
Bilirubine totale (umol /l)	24.9 ± 3.1	37.6 ± 4.6	0.02
Transfusion massive n (%)	6 (3.1 %)	12 (10 %)	0.03

CONCLUSION: L'IRA est une complication fréquente chez les patientes obstétricales admises en réanimation. Elle a été le plus souvent modérée et fonctionnelle. Les facteurs prédictifs de la survenue d'une IRA ont été l'état de choc, l'OAP, la CIVD, l'hyperbilirubinémie et la transfusion massive. La mortalité a été notée surtout chez les formes sévères.

P7. Insuffisance rénale aiguë chez le nourrisson. Aspects évolutifs et prise en charge: à propos de 22 cas.

Abidi Kamel, Zarrouk C, Jallouli M, Naija O, Hammi Y, Gargah T, Lakhous MR. **Service de Néphrologie pédiatrique. Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'insuffisance rénale aiguë (IRA) est une altération brutale et réversible de la fonction rénale. C'est un problème peu courant en pédiatrie. Son pronostic dépend de l'étiologie initiale mais aussi d'une prise en charge précoce, rendue possible grâce aux progrès réalisés dans le traitement de cette affection, représentés par les méthodes actuelles de suppléance extra-rénale.

MATERIELS ET METHODES : il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de Néphrologie pédiatrique de l'hôpital Charles Nicolle entre Janvier 2000 et Décembre 2012. Cette étude a porté sur 22 nourrissons atteints d'IRA nécessitant ou non une épuration extra-rénale.

RESULTATS : dans notre série d'IRA chez le nourrisson, le sexe ratio était de 1. Les pathologies recensées dans notre étude étaient : le syndrome hémolytique et urémique chez 10 nourrissons dont 2 ayant une forme atypique par déficit en complément. La nécrose tubulaire aiguë, d'origine ischémique dans 8 cas et d'origine toxique dans un seul cas. Une thrombose des artères rénales chez un nourrisson et l'IRA fonctionnelle chez deux autres. 41% des nourrissons étaient oligo-anuriques. Un syndrome néphrétique était noté chez 45% des nourrissons. Le recours à la dialyse était nécessaire chez 45% de nos patients. La durée moyenne en Dialyse Péritonéale (DP) est de 26 jours. La récupération de fonction rénale était totale chez tous les nourrissons survivants. Une hypertension artérielle séquellaire était notée chez un nourrisson. Les décès étaient observés chez 6 patients, trois dans un tableau de sepsis et trois autres dans un tableau d'OAP.

CONCLUSION : la survenue d'une IRA reste un événement relativement rare chez le nourrisson. Le jeune âge et le sepsis sont des facteurs de mauvais pronostic. Dans notre expérience, la DP reste la méthode d'épuration extra rénale la mieux adaptée chez le nourrisson.

P8. Le syndrome occlusif résolutif avec insuffisance rénale : explorez le patient !

A. Chargui, K. Majed, K. Zaouche, O. Mathlouthi, N Mghaieth, M.Modhaffer, C. Hamouda, N. Borsali-Falfoul. **Service des Urgences, Hôpital la Rabta, Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'insuffisance rénale constitue un motif d'hospitalisation fréquent aux urgences, elle peut dans certains cas cacher des diagnostics cliniques graves. Nous rapportons le cas d'un patient qui présente une insuffisance rénale avec une symptomatologie abdominale ayant révélé un diagnostic étiologique rare d'occlusion intestinale aigue.

OBSERVATION : Il s'agissait d'un patient âgé de 68 ans qui n'avait pas d'antécédent de chirurgie abdominale et qui s'est présenté aux urgences pour douleurs abdominales paroxystiques avec des vomissements évoluant depuis 3 jours. L'examen clinique initial était sans anomalie, l'ASP ne montrait pas de niveau hydroaérique (NHA) et à la biologie, il avait une insuffisance rénale d'allure fonctionnelle. Le patient a été admis à l'UHCD pour surveillance et prise en charge de l'insuffisance rénale. A j2 d'hospitalisation, il a récidivé ses douleurs avec une sensibilité abdominale diffuse et apparition de NHA de type gêlique.

La TDM abdominale a montré un épaississement pariétal avec œdème muqueux d'une anse grêlique et inversion des vaisseaux mésentériques supérieurs. Le patient a été opéré et l'exploration a montré la présence de deux brides congénitales.

CONCLUSION : l'occlusion intestinale aigue sur abdomen sans ATCD chirurgical avec résolution intermittente doit être explorée chirurgicalement. L'occlusion sur bride congénitale en est une cause rare.

P9. Rhabdomyolyse : cause rare d'insuffisance rénale aiguë chez l'enfant.

Jellouli M, Balhi C, Naija O, Abidi K, Zarrouk C, Gargah T, Lakhous MR. **Service de pédiatrie, Hôpital Charles Nicolle de Tunis.**

INTRODUCTION : La rhabdomyolyse est une destruction aiguë du muscle squelettique strié entraînant un risque de complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital : un état de choc hypovolémique, une hyperkaliémie, une insuffisance rénale aiguë. La rhabdomyolyse est rarement rapportée chez l'enfant, Nous rapportons une observation pédiatrique de rhabdomyolyse avec insuffisance rénale.

OBSERVATION : Garçon âgé de 14 ans sans antécédents notables, hospitalisé pour prise en charge d'une insuffisance rénale aiguë. L'enfant a présenté 6 jours avant son hospitalisation un syndrome grippal avec myalgies diffuses et impotence fonctionnelle. A l'examen, hypothermie à 34°C, la tension artérielle était imprenable et il avait une oligurie. A la biologie, on a noté une insuffisance rénale avec créatininémie à 607 µmol/L, urémie à 31 mmol/L, hyperkaliémie à 8,3 mmol/L, CPK à 694000 U/L, LDH à 4638 U/L. L'évolution était favorable après réanimation et des séances d'hémodialyse. La biopsie musculaire était en faveur d'une dermatomyosite. La vitesse de conduction nerveuse a montré la présence de potentiels de fibrillation. Les sérologies virales EBV, CMV, HVA, HVC, Coxsackie virus, HIV et herpès étaient négatives. Le bilan immunologique était négatif. Les explorations radiologiques étaient sans anomalies. L'évolution était favorable avec normalisation de la fonction rénale et des enzymes musculaires au bout de 3 semaines.

CONCLUSION : Le dosage des enzymes musculaires doit faire partie du bilan de première intention de toute insuffisance rénale aiguë. Un traitement adapté et précoce est nécessaire afin de prévenir les complications rénales de la rhabdomyolyse.

P10. Néphropathie liée au VIH : à propos de 2 cas.

S. Aissa*, L. Ammari*, A. Goubantini*, R. Goucha, A. Berriche*, R. Abdelmalek*, B. Kilani*, F. Ben Moussa, H. Tiouiri Benaissa* ***Service des maladies infectieuses, Hôpital la Rabta, TUNIS**
Service de néphrologie, Hôpital la Rabta, TUNIS. Tunisie.

INTRODUCTION : La néphropathie liée au VIH qui touche presque exclusivement les sujets noirs, est rare sous nos climats. Elle est directement liée à l'infection par le VIH et présente un profil épidémio-clinique et histologique particulier.

OBSERVATION1 : Patient de 40 ans, connu infecté par le VIH au stade SIDA et non traité, est hospitalisée pour asthénie profonde et œdème des membres inférieurs. L'examen clinique trouve une pâleur cutanéomuqueuse, une TA à 12/7 et un œdème blanc mou gardant le godet des membres inférieurs sans hépatosplénomégalie. La biologie montre, une anémie normochrome normocytaire à 4.7g/dl, un syndrome néphrotique majeur avec une hypoalbuminémie à 9.6g/l, une protéinurie à 20.17g/l et une créatinémie à 82mg/l. La charge virale est à 193000 copies/ml et le taux de CD4 à 51/μl. L'échographie montre des reins augmentés de taille et à cortex hyperéchogène. La ponction biopsie rénale confirme le diagnostic de néphropathie liée au VIH. Une trithérapie antirétrovirale est prescrite en association avec un traitement diurétique et anticoagulant. Après une rémission initiale, l'évolution s'est faite vers l'insuffisance rénale terminale en 2 ans et le patient est décédé dans un tableau d'anasarque.

OBSERVATION 2 : Patiente âgée de 27 ans, d'origine africaine, aux antécédents de tuberculose pulmonaire, est hospitalisée pour altération de l'état général évoluant depuis 2mois avec amaigrissement et fièvre. L'examen trouve une cachexie, fièvre à 38°C, pâleur cutanéomuqueuse, candidose oropharyngée, adénopathie jugulo-carotidienne, splénomégalie, œdème mou gardant le godet des membres inférieurs et une TA à 10/7. La biologie montre, une anémie à 2.7g/dl, une lymphopénie à 280/μl, un syndrome néphrotique impur avec hypoalbuminémie à 13g/l, une protéinurie à 3.3 g/l, une hématurie et une créatinémie à 163 mg /l. la kaliémie est à 7mmol/l. Les hémocultures, l'ECBU, les bacilloscopiques et l'IDR sont négatifs. La sérologie VIH est positive. La charge virale est à 17000 copies/ml et le taux de CD4 à 4/μl. L'échographie abdominale montre une néphromégalie hyperéchogène bilatérale, une splénomégalie nodulaire, avec multiples adénomégalies intra-abdominale et un épanchement intrapéritonéal. La cytoponction ganglionnaire ramène un liquide caséo-folliculaire. La ponction biopsie rénale n'a pas été réalisée devant un TCA allongé. Le diagnostic de néphropathie liée au VIH associée à une tuberculose disséminée est retenu. La patiente a eu 2 séances d'hémodialyse, transfusée par 5 culots globulaire et mise sous traitement anticoagulant et antituberculeux. L'évolution en 3semaines, s'est faite vers l'apyrexie avec amélioration de la créatinémie autour de 60mg/l. Un traitement antirétroviral est prévu à 4 semaines de traitement antituberculeux.

CONCLUSION : La néphropathie liée au VIH, grevée d'une forte mortalité, évolue en quelques mois vers l'IRT. Le diagnostic doit être évoqué chez tous les patients séropositifs devant l'existence d'une altération de la fonction rénale et d'une protéinurie.

P11. Epidémiologie et pronostic des insuffisances rénales aiguës en milieu de réanimation selon la classification « AKIN ».

K. belkhouja, F. May, A. Migaou, A. Hammemi, K. Ben Romdhane, J. Ben khelil, M. Besbes.
Service de Réanimation Respiratoire - Hôpital A. Mami – Ariana.

INTRODUCTION : Malgré les avancées réalisées ces dernières années dans la définition et la classification des insuffisances rénales aiguës (IRA), les données épidémiologiques les concernant demeurent variées et peu précises. Ces données varient essentiellement en fonction de la population étudiée et des pathologies qui en sont responsables, pouvant être complexe et intriquées notamment chez les malades de réanimation.

BUT : Déterminer l'incidence et les différents facteurs pronostiques associés à l'IRA en milieu de réanimation

MATERIELS ET METHODES : Nous avons procédé à une analyse retrospective, sur une période de treize mois (Septembre 2011 – septembre 2012), de dossiers de malades ayant présenté une IRA. L'IRA étant définie selon la classification de l'AKIN. Nous avons relevé l'ensemble des données cliniques, biologiques, le recours à la dialyse, les complications et l'évolution de la maladie. Nous avons analysé les différents mécanismes de l'IRA et l'ensemble des facteurs associés à un mauvais pronostic.

RESULTATS : Durant cette période 105 malades ont été hospitalisés au service pour IRA soit une incidence de ...%. Ils étaient classés en AKIN1 (25 patients soit 23,8%) ; AKIN2 (23 patients soit 21,9%) et AKIN3 (57 patients soit 54,3%). L'âge moyen de nos malades était de 61 ± 16 ans avec un sexe ratio à 1,5. Les pathologies sous jacentes étaient dominées par l'HTA (51,4%), la BPCO (28,6%) et le diabète (29,5%). Le délai moyen d'installation de l'IRA était de $1,8 \pm 4,7$ jours. Les principales étiologies étaient : l'hypovolémie (47,6 %) et l'origine septique (21,9 %). Le recours à la dialyse était nécessaire chez 39 patients (37,1%), avec un nombre moyen de séances de $2,5 \pm 2,9$ et d'une durée moyenne de $4,7 \pm 1,2$ h. La mortalité globale dans notre population était de 46,7%. Les facteurs associés à un mauvais pronostic en analyse multivariée étaient : la présence d'un état de choc à l'admission (OR = 5,5 ; IC [1,27-23,6]), AKIN classe 3 (OR = 6,3 ; IC [1,41-28,05]), les complications à savoir l'état de choc (OR=7,6 ; IC [1,6-34,7]), les troubles du rythme (OR = 20,9 ; IC[1,5-282]).

CONCLUSION: L'insuffisance rénale aiguë est une pathologie grave, grevée d'une lourde morbi-mortalité. Les facteurs indépendants associés à un mauvais pronostic dans cette population étant la classe 3 de l'AKIN, l'état de choc et les troubles du rythme.

P12. Syndrome de surcharge graisseuse secondaire à un surdosage à l'Oliclinomel : à propos d'un cas.

S. Maghrebi, J. Guermazi, A. Ghribi, Z. Triki, A. Karoui. **Service D'anesthésie réanimation CHU Habib Bourguiba sfax. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'alimentation parentérale est largement utilisée dans le but de prévenir une sous-alimentation, et d'améliorer de ce fait le pronostic. Toutefois, c'une thérapeutique non dénuée de risques et de complications. Nous décrivons un Syndrome de surcharge graisseuse secondaire à un surdosage à l'Oliclinomel.

CAS CLINIQUE : Un patient âgé de 51 ans aux antécédents de kyste hydatique du poumon gauche opéré compliqué de brèche diaphragmatique ayant nécessité une reprise chirurgicale pour cure par plaque et mise en place d'un drainage thoracique et devant la difficulté de sevrage respiratoire le patient a été transféré en postopératoire en réanimation chirurgicale. Une alimentation artificielle mixte a été instaurée à base de Nutrison et Oliclinomel avec bonne

tolérance ;après une semaine, lors d' une perfusion accidentelle d'Oliclinomel a débit élevé soit un litre sur 20 minutes, secondaire à un système de perfusion défectueux , le patient a présenté après cinq heures une agitation, polypnée ayant nécessité la sédation et la passage du mode assisté en mode contrôlé et une altération de l'état hémodynamique dans un contexte fébrile (38°) et devant ce tableau une série d'exploration a été réalisé : ECG n'a pas objectivé de modifications électriques , radiographie thoracique n'a pas objectivé d'anomalies parenchymateuses le drain thoracique était en place et le bilan biologique a objectivé : une acidose mixte sévère (ph=7.15,paO2=88mmHg, paCO2=50mmHg,[HCO3]= 17mmol/L SaO2=90%), une anémie, une thrombopénie (hémoglobine =7,5g/dl ,plaquettes= 67000/μL), CIVD (TP=20 % , TCA=45malade/30 témoin), une fonction rénale correcte , une hypertriglycéridémie majeure à 30mmol/l, une hyperglycémie à 22mmol/l ,un bilan hépatique perturbé (bilirubine totale = 40μmol/l , ASAT=160 UI ALAT=220 UI) et une enquête infectieuse réalisée était négative. La nutrition artificielle a été interrompue et une insulinothérapie a été instaurée. L'évolution a été marquée par l'installation d'un tableau de défaillance multi-viscérale et décès du patient un jour après.

CONCLUSION : La nutrition parentérale fait partie de l'arsenal thérapeutique dans divers situations cliniques mais qui nécessite le respect des instructions recommandées et une surveillance clinico-biologique à fin de détecter des éventuels effets secondaires parfois graves.

P13. Le syndrome de renutrition inapproprié en réanimation: à propos d'un cas.

K. Chtaraa, Olfa Turki¹, Ben Algia N, N. Khlaf-Bouaziz, Rania Allala¹, Hatem Ghadhoun¹, Rania Ammar¹, Fatma Medhioub¹ A. Chaaria ; C. Ben Hamida, H. Ksibi, H. Chelly, H. Dammak, M. Bahloul, M. Bouaziz. **Service de réanimation médicale, CHU Habib-Bourguiba, route El Ain, 3029 Sfax, Tunisie**

INTRODUCTION : le syndrome de renutrition inapproprié un syndrome mal identifié bien que décrit depuis un siècle. Nous rapportons un cas en réanimation.

OBSERVATION : Patient B.G., âgé de 29 ans, hospitalisé en réanimation médicale polyvalente du CHU Habib Bourguiba de Sfax pour prise en charge d'une détresse respiratoire. Les antécédents du patient sont un séjour de 10 semaines en réanimation pour un polytraumatisme suite à un accident de la voie publique lui occasionnant un traumatisme crânien grave avec un hématome sous dural hémisphérique gauche en temporal et foyers de contusions hémorragiques frontaux bilatéraux. Pendant ce séjour le patient développe une pneumopathie nosocomiale à *Acinetobacter baumannii* et une embolie pulmonaire sous segmentaire. Il a été mis sortant à domicile sans trouble neurologique mais trachéotomisé. Son histoire actuelle a commencé une semaine après son retour à domicile, marquée par une aggravation respiratoire (dyspnée) et agitation conduisant à une réhospitalisation. Le patient sera reventillé sur sa canule de trachéotomie et resédaté. Le scanner thoracique retrouve trois abcès pulmonaires dont deux drainés en radiologie interventionnelle. Une antibiothérapie probabiliste à large spectre à été commencée puis adaptée après identification des germes. L'évolution était initialement favorable avec sevrage ventilatoire amélioration du syndrome infectieux clinique et biologique. Une renutrition entérale par une sonde gastrique a été réadministrée après sevrage ventilatoire étant donné que le patient était anorexique. Après 48 heures de renutrition, on note une aggravation clinique (une insuffisance respiratoire aigue, une insuffisance circulatoire et troubles neurologiques) et des perturbations biologique à type d'hypo kaliémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie et hyperglycémie. Ce tableau clinique et biologique coïncident avec le syndrome de renutrition inapproprié. Le patient décède dans un tableau de défaillances multiviscérales.

CONCLUSION : le syndrome de renutrition inappropriée est fatal conduisant à un décès dans un tableau de défaillances multiviscérales d'où l'intérêt d'identifier les patients à risques.

P14. Infarctus du myocarde révélé par un accident vasculaire cérébral ischémique.

Antit S, Ben Ahmed H, Boussaid H, Ouerghi K, Sidhom S, Ouechtati W, Bezdah L, Marouene S, Baccar H. **Service de cardiologie Hôpital Charles Nicolles, Tunis, Tunisie**

INTRODUCTION: L'association d'un accident ischémique cérébral et d'un infarctus du myocarde pose un problème étiopathogénique et thérapeutique. Si à la phase aiguë le mécanisme principal est embolique, il est moins clair à distance de l'infarctus.

OBSERVATION: Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 55 ans, tabagique, consultant pour une hémiparésie droite et une aphasie en rapport avec un accident vasculaire ischémique cérébral dans le territoire sylvien gauche. L'électrocardiogramme inscrit un rythme régulier sinusal, un bloc de branche droit incomplet avec séquelles de nécrose et des ondes T négatives en circonférentiel. La biologie ne montre pas d'anomalies de l'hémostase et révèle un diabète sucré jusqu'à là non connu. L'échocardiographie transthoracique montre une akinésie de toute la coiffe apicale avec présence de deux thrombi ventriculaires gauches, d'aspect friable et mobile, la FEVG est à 40%. La coronarographie objective une sténose longue et serrée de l'interventriculaire antérieure proximale et une autre lésion serrée sur la postéro-latérale. L'échographie doppler des troncs supra-aortiques révèle une occlusion de l'artère carotide interne gauche et une sténose estimée à 55% de la carotide interne droite. Une origine cardio embolique de l'accident ischémique cérébral n'a pu être retenue avec certitude.

CONCLUSION: Les accidents thrombo-emboliques révélant un infarctus du myocarde sont rares et graves, leur prise en charge est complexe.

P15. Les états de mal épileptiques de l'enfant : à propos de 30 cas.

F.Turki, I.Mejdoub, B.Maalej, L.Gargouri, S. Belhaj Hamida, R.Ben Abdallah, G.Tounsi, N.Ben Halima, A.Mahfoudh. **Service de Pédiatrie, Urgences et Réanimation pédiatrique, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie**

INTRODUCTION : L'état de mal épileptique (EME) est une crise épileptique plus prolongée que les crises de ce type chez la plupart des patients, ou répétée à des intervalles suffisamment brefs, pour produire une condition épileptique constante et durable, sans retour à l'état basal, selon la définition proposée actuellement. L'âge de survenue de l'état de mal est un élément fondamental, ses caractéristiques épidémiologiques, cliniques, étiologiques et pronostiques sont très différentes de celles de l'adulte.

PATIENTS ET METHODES : Etude rétrospective colligée au service de Pédiatrie, Urgences et Réanimation pédiatrique du CHU Hédi Chaker de Sfax, sur une période de 6 ans (du 1/1/2009 au 31/12/2011).

RESULTATS : Nous avons colligé 30 cas d'EME. 14 patients étaient de sexe masculin (46%). L'âge moyen était de 18 mois. Une prédominance hivernale a été notée (8 cas). Des antécédents de fièvre éruptive ont été retrouvés dans 4 cas. Devant l'état neurologique précaire, 19 patients ont été hospitalisés dans l'unité de soins intensifs, dont 15 ont nécessité le recours à la ventilation assistée. Huit patients ont reçu l'acyclovir en première intention, traitement interrompu au bout de 9 jours en moyenne devant l'absence d'images radiologiques et de marqueurs biologiques évocateurs d'une encéphalite primitive. Les étiologies des EME étaient variées allant de l'hypertension artérielle colligée dans deux cas, l'encéphalite dans 10 cas, l'origine métabolique dans 6 cas, la méningite purulente compliquée

dans 3 cas, à l'épilepsie idiopathique dans les autres cas. Outre le traitement symptomatique, tous les patients ont bénéficié d'un traitement anticonvulsivant à base de benzodiazépines par voie intraveineuse. L'évolution était favorable sans séquelle dans 12 cas, émaillée de retard des acquisitions psychomotrices dans 15 cas et fatale pour 3 patients.

DISCUSSION : Le cerveau de l'enfant n'est pas un cerveau adulte miniature. Les propriétés de la neurotransmission sont différentes, les étiologies des états de mal sont différentes et les neurones immatures résistent mieux aux crises épileptiques. La prise en charge de l'état de mal épileptique chez l'enfant ne peut donc pas être uniquement guidée par les données issues de la littérature et de l'expérience des adultes. Une induction anesthésique trop rapide est probablement plus délétère que l'état de mal.

P16. Purpura thrombotique thrombocytopenique ou syndrome de Moschcowitz : à propos d'un cas.

Ghazouani S, Massoudi Y, Ghlala A, Ben Ayed I, Ghdira S, Houissa M. **Service d'anesthésie réanimation de l'hôpital Charles Nicolle Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : Maladie décrite pour la première fois par Moschcowitz en 1925. D'origine auto-immune, elle est due à un auto-anticorps inhibiteur rendant inactive une protéine nommée ADAMTS13, entraînant une anomalie du facteur de Von Willebrand et une formation anormalement élevée de thrombi dans la micro vascularisation avec atteinte multiviscérale associant : fièvre, thrombocytopénie, anémie hémolytique, symptomatologie neurologique et insuffisance rénale.

OBSERVATION : Il s'agit d'un patient âgé de 32 ans, sans antécédents, admis dans un tableau de coma post convulsion fébrile avec hémiplégie gauche (score de Glasgow à 8/15), le reste de l'examen était sans particularités. A la biologie une anémie normochrome normocytaire à 5.1 g/dl, une thrombopénie à 13000/ml, des schizocytes au frottis sanguin et une insuffisance rénale (créatinine à 443 µmol/L). Le scanner cérébral à J0 est revenu normal et l'angio-IRM à J1 a révélé un aspect en faveur d'un AVC ischémique de l'artère sylvienne profonde. Initialement le patient a eu 10 séances de plasmaphérèse avec échange d'un volume sanguin total. Secondairement, vu le caractère réfractaire du PTT, un traitement de deuxième intention était de faire 8 autres séances de plasmaphérèse avec échange du moitié du volume sanguin total avec 7 cures de solumédrol (100mg /jour) et 2 cures de vincristine (2mg/semaine). L'évolution était favorable avec la guérison de la PTT et la sortie du patient sans séquelles à J50. L'hospitalisation a été marquée par deux complications : un choc septique suite à une bactériémie et la survenue d'une neuromyopathie de réanimation.

Conclusion : Le PTT avait une mortalité d'environ 80% avant la survenue de l'échange plasmatique cette mortalité est passé à environ 20% avec la plasmaphérèse. La transfusion de plaquettes n'est pas recommandée voire contre-indiquée. Ce syndrome doit être systématiquement évoqué devant toute bicytopenie associée à une défaillance d'organe.

P17. Thrombophlébite cérébrale survenant lors de la grossesse : à propos de 3 cas.

Brahem. I, C.Mrazguia, Bouchouicha N, S.Armi, A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique, hôpital régional de Nabeul. Tunisie.**

INTRODUCTION: la thrombophlébite cérébrale est une pathologie rare mais grave. La grossesse, mais surtout le post partum constituent des circonstances favorisantes. Le diagnostic est confirmé par l'IRM. Nous rapportons 3 cas de thrombophlébites cérébrales colligés à la maternité de Nabeul, survenus durant 3 ans (2009 à 2012). A l'occasion de ces 3

observations et une revue de littérature nous allons rappeler les caractéristiques cliniques, les examens para cliniques ainsi que les différentes modalités thérapeutiques et l'évolution de cette pathologie grave.

OBSERVATIONS: Nous présentons une étude rétrospective de trois observations de thrombophlébites cérébrales survenues durant 3 ans (2009 à 2012). La moyenne d'âge de nos patientes est de 32 ans. La thrombophlébite cérébrale survient durant le deuxième trimestre de la grossesse (à 22SA) dans un cas, et dans le post partum dans 2 cas. La symptomatologie clinique est dominée par les céphalées et les signes d'hypertension intracrânienne. Les convulsions sont survenues dans 1 cas. Le diagnostic est confirmé par l'IRM et l'angio-IRM dans tous les cas. Le traitement par l'héparinothérapie a été instauré immédiatement. Le relais par les anti-vit K a été fait pour les patientes en post partum. L'évolution est favorable dans deux cas. Par contre la patiente ayant eu cette pathologie au cours de sa grossesse a gardé des séquelles neurologiques à type d'hémiplégie droite avec diplopie. Elle a mené sa grossesse à terme.

CONCLUSION: la thrombophlébite cérébrale est une pathologie grave pouvant compliquer la grossesse et le post partum. Le traitement repose sur l'héparinothérapie instaurée en urgence. Ainsi il faut insister sur le lever précoce en post partum, l'éducation et la généralisation de l'HBPM à titre préventif.

P18. Lésion médullaire cervicale traumatique sans anomalies radiologiques chez l'adulte: à propos d'un cas.

Zoghalmi K, Kilani E, Djaziri L, Ajili S, Zghidi SM, Jaoua H, Ben Fadhel K. **Service d'anesthésie réanimation hôpital Habib Thameur. Tunis Tunisie. Service de radiologie hôpital Habib Thameur. Tunis¹ Tunisie. Service de radiologie hôpital Mongi Slim. Tunis² Tunisie.**

La lésion médullaire traumatique sans anomalies radiologiques (SCIWORA) est très rare chez l'adulte. Nous rapportons l'observation d'une femme âgée de 55 ans victime d'un AVP avec un examen neurologique initial strictement normal. Secondairement apparition d'une parésie flasque des deux membres supérieurs mais le scanner du rachis cervical montre un simple épaississement des parties molles para-vertébrales sans lésions osseuses ni discoligamentaires. Une IRM est pratiquée à H6 confirme le diagnostic de SCIWORA en montrant une contusion médullaire cervicale en regard de C5-C6 sans lésions osseuses ni discoligamentaires sous-jacentes associée à un hématome prévertébral étendu du clivus jusqu'aux premières vertèbres dorsales.

P19. Le diagnostic étiologique des comas non traumatiques: le degré de concordance entre le diagnostic étiologique présumé en préhospitalier et le diagnostic hospitalier: à propos de 50 cas.

A.Nasri (1) -R.Ammar (2)-T.Ghnainia(1)-C.Jammeli (1)-F.Medhioub(2) - O.Chakroun (1)-N.Benalgia(2) - I.Rjab-(1)- F.BenGhazi (1) -M.Bouaziz(2)- Ad.chaari (1)- N.Rekik(1)

(1) Service des urgences et SAMU EPS Habib Bourguiba Sfax. (2) Service de Réanimation Médicale EPS Habib Bourguiba Sfax. Tunisie.

INTRODUCTION: Le but de notre travail est d'étudier le diagnostic étiologique du coma non traumatique et de déterminer le degré de concordance entre le diagnostic étiologique présumé en pré hospitalier et le diagnostic retenu à l'hôpital.

PATIENTS ET METHODES: Etude rétrospective de 88 cas de comas non traumatiques (score de Glasgow $\leq$ 8), pris en charge par le SAMU04. 50 patients soit 56.8 % des cas sont hospitalisés à

l'UHCD. Chez ces 50 patients nous avons comparé le diagnostic étiologique porté en préhospitalier avec celui porté à l'UHCD.

RESULTATS: La concordance entre le diagnostic étiologique présumé en préhospitalier et le diagnostic confirmé à l'UHCD est globalement de 0,46 toutes les étiologies confondues. La concordance a été plus nette en cas d'une étiologie toxique (voir tableau).

CONCLUSION : Les difficultés de diagnostic étiologique des comas non traumatiques pourraient être minimisées au prix d'une optimisation des moyens et une amélioration de la prise en charge dès la phase préhospitalière.

P20. Adaptation du score IGS2 aux Accidents vasculaires cérébraux hémorragiques.

Y.Z.Elhechmi ; N. Mahjoubi ; M. Rezgui ; N. Balloumi ; W. Kamkoum ; I. Zaghdoudi ; Z. Jerbi.
CHU Habib Thameur, Faculté de médecine de Tunis. Tunisie.

Les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques (AVCH) constituent un problème de santé publique de part les taux élevés de mortalité et les taux importants d'incapacité fonctionnelle. Dans le but d'améliorer la prise en charge des AVCH, les scores de gravité qui ont été créés manquent encore de sensibilité. Le score IGS2 présente une bonne sensibilité dans la prédiction de la mortalité mais manque de spécificité puisqu'il a été conçu pour l'évaluation d'une population hétérogène de malades. Le but de notre étude était de rechercher la valeur seuil du score IGS2 spécifique aux AVCH. Il s'agit d'une étude rétrospective, 113 AVCH ont été sélectionnés entre janvier 2005 et décembre 2010. La moyenne d'âge était de 62,5 ans, le sexe ratio de 1,48, 76,6% des malades étaient hypertendus, 15,9% étaient sous AVK, la moyenne des volumes des hématomes était de 13,9ml, la mortalité intra-hospitalière était de 51,8%, l'IGS2 moyen était de 36,11, la valeur seuil de l'IGS2 était de 37 avec une mortalité qui passe de 23,8% à 87,8% au dessus de cette limite. L'utilisation de cette valeur seuil dans les services de réanimation pourrait permettre de mieux évaluer la gravité des AVCH, elle pourrait aussi être utilisée comme une aide à la décision thérapeutique.

P21. Caractéristiques épidémiologiques des accidents vasculaires cérébraux (AVC) hémorragiques en Réanimation.

Zaghdoudi I, Guissouma J, Rezgui M, Mahjoubi N, Kamkoum W, El Héchemi YZ, Jerbi Z.
Urgences-Réanimation Médicale. CHU Habib THAMEUR. Tunis. Tunisie.

INTRODUCTION : L'AVC hémorragique représente 10 à 15% de l'ensemble des AVC (1). Cette pathologie est grevée d'une lourde morbidité et d'une mortalité supérieure à celle des AVC ischémiques.

Objectif : Etudier les caractéristiques épidémiologiques des patients admis en Réanimation pour un AVC hémorragique. Sont étudiés : l'incidence, les caractéristiques cliniques et scannographiques.

METHODES : étude rétrospective sur 02 ans (janvier 2009 - décembre 2010) colligeant tous les patients adultes admis en réanimation pour un AVC hémorragique confirmé par TDM non lié à une anticoagulation curative associée ou non à une hémorragie sous arachnoïdienne (HSA).

RESULTATS : 64 patients colligés représentant 30,8% des AVC hospitalisés. L'âge moyen était de 62 ± 13 ans, le sex-ratio de 1.7 et l'IGS II à 32 ± 16 . Sept patients (10.9%) n'avaient aucun antécédent ; Chez les autres patients l'HTA (84.4%), le diabète (20,4%) et des antécédents d'AVC ischémique (18.7%) représentaient les principales comorbidités. Le GCS moyen était à 10 ± 4 ; 24 patients (37.5%) avaient un GCS < 9. La pression artérielle systolique (PAS) était en moyenne à 188 ± 51 mm Hg. Ceux de la pression artérielle diastolique (PAD) en moyenne à 98 ± 23 mm Hg. une PAS > 180 mm Hg et/ou une PAD > 100 mm Hg a été notée chez 48.4% des

patients. Les hématomes intracérébraux (HIC) étaient situés en sus-tentorial dans 61 cas (95,3%) et en sous-tentorial dans 3 cas (4,7%). Ils étaient lobaires dans 30 cas (46,9%) et profonds dans 34 cas (53,1%). L'HTA est notée chez 32 patients (94,1 %) avec une hémorragie profonde et 22 patients (73,3%) avec une hémorragie lobaire. Le volume des HIC a varié entre 0,7 et 140 ml avec une moyenne à $27,7 \text{ ml} \pm 28,2$. 24 patients (37,5%) avaient un volume de l'HIC $\geq 30 \text{ ml}$. Une hémorragie intra-ventriculaire a été notée dans 38 cas (59,3%) ; une HSA associée à l'HIC dans 16 cas (25%). Des signes TDM d'engagement chez 15 patients (23,4%). Le score ICH était en moyenne à $1,9 \pm 1,4$; 40,5% des malades avaient un ICH ≥ 3 . La durée d'hospitalisation en moyenne était de $7,5 \pm 7 \text{ j}$. 29 patients sont décédés soit une mortalité de 45,3%. Les décès sont survenus entre J2 et J36 avec en moyenne à $9,6 \pm 9,6$. Les décès étaient rattachés à des complications neurologiques dans 22 cas et à des complications nosocomiales dans 7 cas. Parmi les 35 patients survivants, 5 n'avaient aucun déficit moteur à la sortie.

CONCLUSIONS : La fréquence et la lourde morbi-mortalité des AVC hémorragiques justifie une prise en charge thérapeutique précoce et adaptée afin d'en améliorer le pronostic en termes de survie et de séquelles fonctionnelles.

(1) N Engl J Med 2001; 344:1450–60

P22. Myasthénie séronégative révélée par un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë (IRA): à propos d'une observation clinique.

Mahjoubi N, Zaghdoudi I, Rezgui M, Maghraoui H, Kamkoum W, El Héchemi YZ, Jerbi Z.

Urgences-Réanimation Médicale. CHU Habib THAMEUR. Tunis. Tunisie.

INTRODUCTION : La poussée myasthénique inaugurale est une situation rare à laquelle peut être confronté le réanimateur. Dans 10 à 15% des cas, les anticorps anti-récepteur à l'acétylcholine sont absents et la myasthénie est dite séronégative. Nous illustrons les particularités diagnostiques et thérapeutiques de cette entité clinique à travers l'observation clinique d'une patiente qui s'est présentée avec une poussée inaugurale de myasthénie séronégative à anticorps anti-Musk.

CAS CLINIQUE : Il s'agit d'une patiente âgée de 39 ans admise en réanimation dans un tableau d'IRA hypercapnique aux antécédents de schizophrénie traitée par neuroleptiques et benzodiazépines. L'histoire remonte à trois semaines marquée par l'installation d'une dyspnée d'aggravation progressive devenant invalidante au repos. L'examen clinique trouve une patiente confuse avec une faiblesse musculaire proximale sans déficit sensitivo-moteur. Sur le plan respiratoire elle présente une polypnée superficielle et une SpO₂ à l'air ambiant à 82% avec une auscultation pulmonaire libre. La gazométrie objective une hypoxie et une acidose respiratoire. La radiographie du thorax est sans anomalie. Devant ce tableau d'hypoventilation alvéolaire aiguë une origine neuromusculaire a été évoquée ; la patiente a été intubée ventilée puis trachéotomisée.

Les investigations ont comporté : une recherche des anticorps anti récepteur à l'acétylcholine absents, un EMG ne montrant pas de signes en faveur d'une atteinte de la corne antérieure ou d'une myasthénie. Le bilan immunologique et la biopsie musculaire à la recherche d'une myosite sont négatifs. L'IRM cérébrale montre l'absence de lésions cérébrales en particulier au niveau du tronc cérébral. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne ne montre pas de processus néoplasique. Le dosage des anticorps anti –Musk fortement positif à 14,6 UI (VN < 0,4) a permis la confirmation diagnostique. Cinq séances de plasmaphérèse ont été réalisées relayées par un traitement immunosuppresseur à base de corticoïdes et azathioprine. L'évolution a été marquée par une amélioration progressive permettant le sevrage de la ventilation mécanique puis la décanulation et la sortie après 92 jours d'évolution.

CONCLUSION : La myasthénie avec anti-corps anti-Musk est une entité clinique avec des caractéristiques physiopathologiques, cliniques et thérapeutiques qui la distinguent de la myasthénie séropositive. La connaissance de ces différents éléments est indispensable pour éviter des erreurs diagnostiques ou des retards de traitement préjudiciables.

P23. Encéphalopathie postérieure réversible : à propos de 2 observations pédiatriques.

Naija.O, Ben Ammar.B, Jallouli.M, Abidi.K, Zarrouk.C, Gargah.T. **Service de Pédiatrie- Hôpital Charles Nicolle. Tunisie.**

L'encéphalopathie postérieure réversible est une entité clinico-radiologique récemment décrite, qui survient au décours de multiples pathologies. Elle se traduit par la survenue aiguë des troubles neurologiques à type de confusion, céphalées et crises épileptiques généralement associés à une hypertension artérielle.

Nous rapportons 2 observations pédiatriques de cette entité. Le 1^{er} cas concerne une fille âgée de 10 ans suivie pour lupus érythémateux systémique, qui a présenté un état de mal épileptique survenant dans un contexte d'hypertension artérielle menaçante. A la biologie, elle avait un syndrome néphrotique avec une insuffisance rénale.. L'IRM cérébrale a objectivé des hypersignaux flair et T2 capsulo-thalamiques et de la substance blanche sous corticale pariétale. L'évolution était favorable sous traitement antihypertenseur et anti-convulsivant. Le 2^{ème} cas est celui d'un garçon âgé de 10 ans, qui a présenté des convulsions associées à une cécité et à une hypertension artérielle menaçante. L'hypertension artérielle était en rapport avec une thrombose de l'artère rénale droite. L'IRM cérébrale a montré un hypersignal T2 et flair cortical occipital et pariétal bilatéral. L'évolution était favorable. La survenue de convulsions dans un contexte d'hypertension artérielle sévère doit faire suspecter une encéphalopathie postérieure réversible. Le diagnostic est confirmé par l'IRM cérébrale et l'évolution est favorable.

P24. Céphalée et infection dentaire, pensez à la thrombose veineuse cérébrale.

Zaouche K, Majed K, Mghaieth K, Chargui A, Ben Hamida A, Moudhaffer, Bedhief A, Hamouda C, Borsali Falfoul N. **Service des Urgences, la Rabta, Tunis. Tunisie**

INTRODUCTION : De par son expression clinique trompeuse et polymorphe, la thrombose veineuse cérébrale (TVC) est une pathologie de diagnostic difficile. L'origine septique occupe encore une place non négligeable. L'évolution imprévisible et potentiellement grave reste indépendante de la topographie de la thrombose. Nous rapportons un cas de TVC du sinus longitudinal supérieur secondaire à une infection bucco-dentaire.

OBSERVATION : Une femme de 40 ans a été admise aux urgences de la Rabta dans un tableau de céphalées diffuses invalidantes. Dans ses antécédents, on note un abcès dentaire survenu 2 semaines auparavant traité par de l'amoxicilline et du flagyl. A l'examen, la température était à 38,7°C. Il y avait un syndrome méningé avec des signes d'HTIC mais pas de troubles de la conscience ni de signes déficitaires. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. Un scanner cérébral sans injection était normal. La Ponction lombaire a mis en évidence au LCR 15 éléments blancs, une protéinorrachie à 0,35g/l et une glycorrachie à 0,7g/l. Le diagnostic de méningite décapitée a été initialement retenu et la patiente a été mise sous ceftriaxone à dose méningée. L'évolution a été marquée par la persistance des céphalées et des vomissements. Une deuxième PL a été faite à 48h montrant une ascension des éléments blancs à 50 éléments sans hyperprotéinorrachie ni hypoglycorrachie. Une TDM cérébrale avec injection a donc été complétée mettant en évidence une thrombophlébite du sinus

longitudinal supérieur. L'HBPM à dose curative a été démarrée et la patiente a été transférée au service de neurologie.

CONCLUSION : L'infection cérébro-méningée représente la cause la plus commune de céphalée fébrile. La TVC du sinus longitudinal supérieur doit être recherchée devant l'association céphalée, fièvre et infection ORL. Le diagnostic rapide seul permet un traitement précoce et un pronostic meilleur.

P25. L'envénimation scorpionique grave chez l'enfant : est ce que l'Hémisuccinate d'hydrocortisone améliore le pronostic ?

Kamilia Chtara¹, Mabrouk Bahloul¹, Anis Chaari¹, Fatma madhioub¹, Hassen Dammak¹, Ghadoune Hatem¹, Chokri Ben Hamida¹, Hedi Chelly¹, and Mounir Bouaziz¹ **Service de réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax. Tunisie.**

OBJECTIF : le but de cette étude est d'analyser l'efficacité de l'injection de l'hémisuccinate d'hydrocortisone par voie intra veineuse (impact sur la mortalité et la durée d'hospitalisation) chez les enfants admis dans une unité de soins intensifs pour une envenimation scorpionique grave.

METHODES : c'est une étude rétrospective cas- témoin. Les patients reçoivent (cas) ou non (témoin) l'hémisuccinate d'hydrocortisone durant l'hospitalisation. Les patients étaient étudiés selon l'âge (+/- 2 ans). Les facteurs de gravité à l'admission : présence d'œdème aigu des poumons, la gravité du tableau clinique initiale et l'administration ou non du sérum antiscorpionique.

RESULTATS: 184 patients ont été inclus. 92 patients dans le groupe des cas et 92 patients dans le groupe témoin. La comparaison entre les deux groupes a montré que l'âge est comparable ($4,9 \pm 5,5$ ans vs $6,2 \pm 3,8$ ans; $p > 0,05$). La température moyenne à l'admission n'était pas significativement différente ($37,2 \pm 1,2$ vs $37,2 \pm 1,06$; $p = 0,99$). La présence d'un syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) n'était pas significativement différent entre les deux groupes (77 cas dans le groupe et 70 dans le groupe contrôle, $p = 0,198$). En plus, on a constaté les mêmes proportions de patients présentant un œdème pulmonaire chez les deux groupes (77 patients vs 71 patients, $p > 0,05$). Le sérum anti scorpionique était administré chez 46 patients (50%) dans le groupe des cas et 46 patients (50%) dans le groupe témoin ($p > 0,05$). Le recours à la ventilation mécanique, la durée de séjour en réanimation et la mortalité en réanimation n'étaient pas significativement différentes entre les deux groupes.

CONCLUSION: bien que, aucune différence significative n'a été détectée entre les deux groupes concernant la mortalité et la durée d'hospitalisation mais ceci ne peut pas exclure un effet positif de la prescription des stéroïdes. D'autres travaux sont nécessaires pour étudier ce sujet.

P26. Les intoxications aiguës chez l'enfant.

Mustapha R, Aïssa K, Chiha M, Bouaziz Abed Asma. **Service de pédiatrie - Hôpital Mohamed Tlatli de Nabeul Tunisie.**

INTRODUCTION : Les intoxications aiguës de l'enfant qu'elles soient accidentelles ou volontaires sont fréquentes et constituent un problème de santé publique. L'objectif est de déterminer l'incidence et le profil épidémiologique des intoxications aiguës de l'enfant .

PATIENTS ET METHODES: étude rétrospective sur 5 ans (2007-2011) concernant 116 enfants hospitalisés pour intoxications aiguës accidentelles ou volontaires au service de pédiatrie de Nabeul.

RESULTATS: La prévalence globale des intoxications aiguës était de 2,8 %. Nous avons noté une prédominance féminine (65 %). Le pic de fréquence maximale s'est situé avant l'âge de 3 ans. L'intoxication était accidentelle dans 81 % des cas, volontaire dans 18 % des cas et iatrogène dans 1 % des cas. Il s'agissait essentiellement d'intoxications médicamenteuses (72 % des cas) suivies par l'ingestion accidentelle de produits ménagers (28 % des cas). Un transfert en réanimation a été nécessaire dans 12 % des cas. Le taux de mortalité était de 1,7 %.

CONCLUSION : Les intoxications sont parfois graves et nécessitent une prise en charge en réanimation. La prévention restera le meilleur moyen de lutte contre ce type d'accident.

P27. Complications vasculaires fatales avec CIVD lors d'une envenimation vipérine.

Ben Ghezala H.*, Snouda S. **, Ben Taher K.*, Kaddour M.*, Bousselmi K.* ***Service de réanimation polyvalente. Zaghouan. **Service des urgences hôpital Ibn Jazzar Kairouan. Tunisie.**

INTRODUCTION : En Tunisie, les envenimations vipérines occupent le deuxième rang après les morsures de scorpion. Les tableaux cliniques et biologiques sont souvent polymorphes. Les signes locaux sont dominés par le syndrome hémorragique, la nécrose et le syndrome des loges. Le syndrome hémorragique définit en général la gravité de ces envenimations et conditionne le pronostic vital. Nous rapportons le cas fatal d'une envenimation vipérine chez un patient de 37 ans survenu au début du mois d'Avril 2012.

OBSERVATION : Il s'agit d'un patient de 37 ans sans antécédents notables qui a consulté le 5 Avril 2012 nos urgences dans les suites d'une morsure de vipère. C'est un berger habitant la communauté de Nasrallah à 40 km de Kairouan qui a été mordu par une vipère de façon accidentelle au niveau de l'index de la main gauche. Transféré immédiatement à nos urgences, l'examen initial note un œdème local de la main gauche avec des ecchymoses et la trace de morsure. Initialement le patient est parfaitement conscient avec un état hémodynamique et respiratoire satisfaisants. La biologie initiale est strictement normale et il est décidé de le maintenir en observation aux urgences. 6 heures après son admission, le patient présente brutalement un état de choc avec une altération de l'état de conscience. La TDM cérébrale pratiquée en urgence conclut à la présence d'hémorragie méningée, d'hématomes intra cérébraux et de lésions ischémiques diffuses. La biologie de contrôle révèle une CIVD avec un TP bas à 21%, un taux de fibrinogène effondré, une thrombopénie à 32000 plaquettes avec présence de PDF. L'évolution est rapidement défavorable avec décès du patient dans un tableau de coma dépassé et d'état de choc réfractaire.

CONCLUSION : L'envenimation vipérine, bien que rare, peut menacer le pronostic vital essentiellement par le biais du syndrome hémorragique systémique avec localisation viscérale comme le montre bien ce cas clinique. Une réévaluation ainsi qu'une protocolisation de la prise en charge aux urgences des complications vasculaires biologiques fatales sont nécessaires.

P28. Curarisation prolongée au succinylcholine après antagonisation par la Neostigmine : déficit en pseudo- cholinestérase plasmatique.

Attia H, Djaziri L, Zghidi SM, Jaoua H, Ben Fadhel K. **Sce Anesthésie Réanimation Hôpital Habib Thameur Tunis. Tunisie.**

RESUME: En tant que curare à courte durée d'action du fait de son hydrolyse rapide par les pseudocholinestérases plasmatiques, la succinylcholine (suxaméthonium) ne doit pas provoquer plus de 5 à 10 minutes de bloc neuromusculaire. Pourtant, nous rapportons un cas

de curarisation prolongée (5 heures) après une injection intraveineuse de succinylcholine que nous avons observé au cours d'une anesthésie générale chez une patiente âgée de 60 ans. Le diagnostic de déficit en pseudocholinestérase a été suspecté puis confirmé par le dosage de l'activité anticholinestérasique (3476 u/l). La particularité de ce cas clinique est que ce déficit modéré en pseudocholinestérase a été aggravé par l'utilisation d'une antiganisation (Néostigmine) du curare non-dépolarisant (atracurium). Les étiologies, le diagnostic préopératoire du risque, la prise en charge thérapeutique et la prévention seront discutés à travers la littérature.

P29. Le Syndrome de Lyell chez l'enfant: à propos d'un cas.

A.Nasri (1)-L.Kammoun (1)- R.Ammar (2)- T.Ghnainia (1)- I.Rjab(1)- O.Chakroun (1) -F.Medhioub (2)- Bouaziz(2)-Ad.Chaari(1)-N.Rekik(1). **(1) Service des urgences et SAMU EPS Habib Bourguiba Sfax. (2) Service de Réanimation Médicale EPS Habib Bourguiba Sfax. Tunisie.**

INTRODUCTION : Le syndrome de Lyell chez l'enfant est exceptionnel mais très grave, mettant en jeu le pronostic vital. Il pose des difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Nous rapportons ainsi un cas de cette toxidermie grave survenant chez un enfant pris en charge en USI des urgences de Sfax.

OBSERVATION : Enfant de sexe masculin, âgé de 2 ans, ATCD d'hémorragie intra ventriculaire suite à un traumatisme crânien à l'âge de 6 mois avec une épilepsie séquellaire traité par dépakine et lamictal d'introduction récente. 15 j avant son admission, l'enfant a présenté un syndrome grippal traité symptomatiquement. Mais, devant une fièvre à 40°C, une altération de l'état général et l'apparition de lésions cutanées diffuses avec prurit, les parents ont consulté en urgence : l'examen initial trouve un enfant somnolent, fièvre à 38,5°C, polypnée à 40 C/min avec tirage intercostal, respiration abdominale ample, TA=100/51, FC=140bpm, SaO2=97%, des lésions cutanées à type de maculopapules, filtrées en cocardes, parfois confluentes en placards, de couleur violacée, au niveau du visage, du tronc et des membres, avec un érythème des lèvres. A la biologie : une hyperleucocytose avec un syndrome inflammatoire (GB=12400 CRP=485; VS=135).La RX thorax est normale. Une PL s'est révélée également normale ainsi que toute une enquête infectieuse s'est révélée négative particulièrement les sérologies virales: EBV /PARVO B12/Rubeole /Hépatites. Le patient est mis initialement sous Immunoglobulines et corticoïdes. L'évolution des lésions a été plutôt en faveur d'un Lyell : l'éruption cutanée initiale se couvre de lésions bulleuses plus ou moins confluentes avec décollement épidermique au moindre contact (signe de Nikolsky) mettant à nu un derme suintant, rouge vif. D'autant plus qu'une biopsie cutanée a confirmé le diagnostic montrant une nécrose de l'épiderme. La surface cutanée décollée a été évaluée à 80%.On a procédé à l'arrêt du dépakine et du lamictal. Le patient était mis sous rivotril. Malgré la réanimation intensive l'enfant est décédé dans un tableau de choc septique sévère.

CONCLUSION : Le syndrome de Lyell est très grave chez l'enfant. Le diagnostic clinique est souvent difficile et doit être confirmé par une biopsie cutanée. Trois grandes classes médicamenteuses sont incriminées : les anticomitiaux, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les sulfamides antibactériens.

P30. Une intoxication aiguë fatale à l'acépromazine: à propos d'une observation.

Sedghiani I, Brahmi N, Fathallah I, Kouraichi N, Elghord H, Thabet H, Amamou M. **Service de Réanimation Médicale Polyvalente et de Toxicologie- CAMU-Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION: L'acépromazine, phénothiazine utilisée en médecine vétérinaire pour ses propriétés tranquillisantes, peut être néfaste et engendrer la mort lors d'erreurs d'utilisation. En pathologie humaine, son utilisation est minime et l'intoxication aiguë est très peu décrite dans la littérature.

OBSERVATION: Nous rapportons le cas d'une intoxication fatale chez une patiente de 37 ans, ramenée aux urgences dans un tableau d'asystolie avec des pupilles en myosis serré en tête d'épingle, des sécrétions trachéobronchiques abondantes. Les manœuvres de ressuscitation cardio-pulmonaires (MCE, 10 mg d'adrénaline, intubation VAC) ont permis de récupérer une activité électrique à 85 b/min au bout de 10 minutes, avec la persistance d'un état de choc réfractaire à l'adrénaline (10 mg/h) avec décès de la patiente à J2 d'hospitalisation dans un tableau de défaillance multi viscérale incluant une insuffisance rénale anurique et une coagulation intra vasculaire disséminée. Devant la présentation clinique initiale, une intoxication par un pesticide inhibiteur des cholinestérases ou un morphinique a été suspectée, mais la recherche toxique dans les urines est revenue négative aux organophosphorés, aux carbamates et également aux opiacés. L'interrogatoire poussé de la famille révèle la notion d'ingestion de 39 comprimés de Calmivet® contenant chacun 12,5 mg de maléate d'acépromazine (487,5 mg). L'analyse spécifique des urines par chromatographie confirme la présence de phénothiazines dans les urines.

CONCLUSION: L'intoxication à l'acépromazine est rarement décrite dans la toxicologie humaine, particulièrement en pédiatrie. La présentation clinique initiale peut être trompeuse et mimer une intoxication par un pesticide inhibiteur des cholinestérases ou un morphinique. Les formes fatales sont inévitables en cas d'intoxications massives.

P31. L'intoxication aiguë au glyphosate : une symptomatologie initiale trompeuse.

Sedghiani I, Kouraichi N, Fathallah I, Brahmi N, Elghord H, Thabet H, Amamou M. **Service de Réanimation Médicale Polyvalente et de Toxicologie, CAMU, Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : Le glyphosate est aujourd'hui l'herbicide le plus utilisé dans le monde. Toutefois, les données scientifiques sur la toxicologie du glyphosate ainsi que son interaction avec les différents adjuvants sont peu détaillées. Quelques rares cas à évolution létale sont décrits dans la littérature. Dans ce cadre nous détaillons un cas d'intoxication aiguë au glyphosate en mettant le point sur les différentes atteintes systémiques.

OBSERVATION : Nous rapportons le cas d'un patient de 18 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui consulte dans les suites d'une tentative d'autolyse par ingestion volontaire de 250 mL d'un herbicide contenant du glyphosate kalach®. Au début, l'examen clinique initial était sans particularité et le patient ne se plaignait que d'une douleur bucco pharyngée et de vomissements. A H5 de l'intoxication, le patient a présenté brutalement une dégradation de son état neurologique et hémodynamique qui n'a pas répondu au remplissage vasculaire. Face à ce tableau, un monitoring hémodynamique par cathétérisme de Swan-Ganz était effectué sous 3mg/h d'adrénaline, retrouvait une PVC= 6 mm Hg, un IC= 2,8 L/min/m², des résistances vasculaires systémiques indexées (RVSI) =1364 dyn/s/cm⁵/m² et une PAPO= 2 mm Hg. Après une expansion volémique, l'étude hémodynamique montrait un profil vasoplégique avec des RVSI =625 dyn/s/cm⁵/m² effondrées.

Les examens biologiques retrouvaient une acidose métabolique à trou anionique élevé (pH=7,10, HCO_3^- =13 mmol/L), une hyperlactatémie=13,2 mmol/L, une hyperglycémie= 19 mmol/L, une insuffisance rénale (urée= 7 mmol/L, créatinine= 183 μ mol/L), une hyperkaliémie et une lipasémie=420 UI/L. Le score de Ranson à 48 heures était à 5. L'évolution était marquée par l'apparition d'une hémorragie digestive haute, l'aggravation des échanges gazeux avec une hypoxémie et des images radiologiques alvéolo-interstitielles bilatérales. Le patient est décédé à J2 d'hospitalisation dans un tableau d'état de choc vasoplégique réfractaire et d'atteinte multi viscérale incluant une insuffisance rénale anurique, respiratoire, hépatique et hématologique.

CONCLUSION : Le tableau clinique de l'intoxication massive au glyphosate se caractérise par une présentation initiale paucisymptomatique, suivi d'une aggravation secondaire en rapport avec une vasoplégie profonde.

P32. Envénimations vipérines : syndrome de loge, sérum anti vipérin ?

El Ghord H, Fathallah, I.Sedghiani, A.Mrad, N.Brahmi, N.Kouraichi, M.Amamou. **Service de Réanimation Médicale Polyvalente et de Toxicologie, Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : Les morsures de vipères constituent une urgence médico -chirurgicale, avec des difficultés particulières de prise en charge thérapeutique dans les pays en développement.

MATERIEL ET METHODE : Nous avons colligé tous les patients hospitalisés dans notre service pour envenimation vipérine de janvier 2009 à septembre 2012

RESULTAT : Nous avons colligé 30 patients dont la moyenne d'âge est 40 ans +/- 21, avec un sex-ratio de 2,75. Les envenimations se sont produites dans 70 %(n=21) en milieu rurale, les vipères étaient des lebetines, les patients se sont cru obligé de pratiquer un garrot dans 55,2% et se sont infligé des scarifications dans 44,3%. Le délai de prise en charge était de 3 heures. Aucun patient n'a présenté de détresse respiratoire. Deux ont présenté une hypotension et un patient a présenté un trouble du rythme cardiaque. Un de nos patients a présenté un accident vasculaire cérébral ischémique. Le sérum anti vipérin a été administré dans 36,7 %(n=11) ; un de ces patients a présenté un choc anaphylactique à ce sérum avec hypotension détresse respiratoire. Son traitement s'est résumé en un remplissage vasculaire, une oxygénation et finalement une corticothérapie. Trois de nos patients ont présenté un syndrome de loge nécessitant une aponévrectomie de décharge. Les surinfections de plaies nécessitant une antibiothérapie et un parage représentent 10%(n=3) L'âge jeune n'est pas un facteur favorisant le syndrome de loge. L'administration du sérum n'affecte en rien la survenue ni de la CIVD ni le syndrome de loge.

DISCUSSION : La majorité des envenimations sont produite en milieu rurale Le site de morsure le plus fréquent est le membre inférieur Le syndrome des loges est la première complication après une morsure par vipère et il est plus fréquent chez l'enfant Le pronostic de l'envenimation est influencé par les caractéristiques du patient (âge, poids, antécédents, grossesse) et de la morsure (quantité de venin inoculée essentiellement, mais aussi localisation autre qu'un membre) Le principe du traitement des envenimations vipérines modérées et sévères repose essentiellement sur l'immunothérapie antivenimeuse dont les indications sont actuellement bien codifiées. Celle-ci est indiquée à partir du grade 2. Cependant, une controverse existe entre les auteurs concernant sa place et son indication

Dans notre série l'administration du sérum n'a pas prévenu la survenue de complication.

CONCLUSION : L'administration du sérum anti vipérin n'a pas réduit la durée d'hospitalisation et le nombre de complications. Peut être que le sérum utilisé n'est pas actif sur le venin de ces vipères (100%) lebetines.

P33. Pancréatite aiguë suite à l'intoxication aux organophosphorés.

S.Houimli, I.Fathallah, S.Souissi, H.Samoud, A.Mrad, H.El Ghord, N.Koraichi, H.Thabet, N.Brahmi, M.Amamou. **Service de réanimation médicale .Centre d'Assistance Médicale Urgente CAMU Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'utilisation des insecticides inhibiteurs des cholinestérases n'est pas sans risque comme le montre le nombre croissant des cas d'intoxications parfois gravissimes, voire mortelles. Un empoisonnement par voie orale peut provoquer une pancréatite aiguë. Plusieurs mécanismes sont incriminés. Nous présentons deux observations cliniques.

OBSERVATION N°1 : Mr M.B.M, âgé de 18 ans, sans ATCD pathologiques notables transféré de l'hôpital de klébia à H18 de l'ingestion d'un demi litre de Lannatedans un but suicidaire. A l'examen, il est apyrétique, conscient, présentant un myosis serré, avec des vomissements. La FC est à 80 bat/mn avec un RRS sans troubles de la conduction ni de la repolarisation. Au bilan biologique, on note une insuffisance rénale (créat : 81 μ mol/l, urée : 8,1mmol/l), une cytolysé hépatique (ASAT:320UI/l, ALAT : 277UI/l), une élévation des lipases : 599UI/l, et une activitécholénestérasique sérique : 4374UI/L. La TDM abdominale faite à H 48, montre un aspect de pancréatite stade E avec des coulées de nécrose de la racine du mésentère et de l'arrière cavité des épiploons.L'évolution clinique et biologique a été favorable sous traitement médical. Le patient a été transféré en chirurgie.

OBSERVATION N°2 : Mlle R.W, âgée de 20 ans, sans ATCD pathologiques notables transférée d'une autre structure universitaire à H3 de l'ingestion de Fattekdans le cadre d'une tentative de suicide. A l'examen clinique, la patiente est apyrétique, consciente, FC: 90 bat/min avec un RRS et sans troubles de la conduction ni de la repolarisation, PA : 110/70 mmHg, auscultation cardio-pulmonaire normale, sensibilité épigastrique avec notion de vomissements. A la biologie: une alcalose respiratoire avec pH : 7,56 – PaCO₂ :23mmHg, HCO₃⁻ :20,6mmol/l, une hyperlipasémie à 1234UI/l, et une activitécholénestérasique sérique : 619 UI/L. La TDM abdominale réalisée à H 72 montre un aspect de pancréatite stade E avec des coulées de nécrose de l'arrière cavité des épiploons et de l'espace pararénale antérieur gauche. L'évolution clinique et biologique a été favorable sous traitement médical. La patiente a été transférée en chirurgie.

CONCLUSION: l'intoxication par les pesticides inhibiteurs des cholinestérases constitue une par les étiologies des pancréatites aiguës qui nécessite une connaissance particulière des mécanismes physiopathologique afin d'adapter les différents moyens thérapeutiques

P34. Profil épidémiologique de l'intoxication aiguë barbiturique.

S.Houimli, I.Fathallah, S.Souissi, H.Samoud, A.Mrad, H.El Ghord, N.Koraichi, H.Thabet, N.Brahmi, M.Amamou. **Service de réanimation médicale .Centre d'Assistance Médicale Urgente CAMU Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'indication principale des barbituriques est l'épilepsie pour leurs propriétés anticonvulsivantes et myorelaxantes. L'intoxication aiguë par le phénobarbital reste fréquente dans les pays où l'usage de cette thérapeutique est courant. L'absorption digestive lente rend compte du délai d'apparition des symptômes cliniques, souvent graves pouvant mimer un état de mort apparente.

MATERIELS ET METHODES : Il s'agit d'une étude monocentrique, descriptive et rétrospective sur une période de 30 mois, incluant les patients hospitalisés au service de réanimation CAMUR pour intoxication aiguë au phénobarbital.

RESULTATS : 35 patients majoritairement de sexe féminin (68%) ont été colligés avec une médiane d'âge à 27 ans (de 14 ans à 51 ans). Le délai de consultation a varié entre 2 heures et

25 heures. 77% étaient sous phénobarbital au long cours. Il s'agissait d'une intoxication aiguë volontaire dans un but d'autolyse chez tous les patients. La quantité ingérée de gardénal était imprécise chez 28% des patients. 71% des patients ont ingéré une quantité variant entre 0,5 et 3 g. 28% des patients avaient un score de Glasgow inférieur à 10/15 nécessitant le recours à l'intubation, 20% avaient une mydriase et 31% des ROT abolis. 18% des patients avaient une détresse respiratoire avec acidose respiratoire. Tous les patients étaient stables sur le plan hémodynamique. La barbitémie a été pratiquée à l'admission puis à un intervalle régulier chez 90% des patients. La barbitémie moyenne à H12 était de 63,43. Le charbon activé, à la dose de 50g puis 25 g toutes les 4 heures, a été utilisé chez 14% des patients. L'évolution a été favorable chez tous les patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 03j

CONCLUSION : Malgré l'avènement des nouveaux anticonvulsivants, l'intoxication par le phénobarbital reste fréquente dans notre pays, sans qu'elle soit pour autant mortelles. La prise en charge doit être précoce dans une structure de soins intensifs.

P35. Découverte fortuite d'un syndrome de Brugada suite à une intoxication au phénothiazines et betabloquants.

S.Hassène, I. Fathallah, A. Mrad, S. Souissi, S. Houimli, H. Elghord, N. Kouraichi, H.Thabet, N. Brahmi, M.Amamou. **Service de Réanimation. Centre d'Assistance Médicale Urgente et de Réanimation de Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION: Le syndrome de Brugada est une canalopathie sodique par mutation génétique. Le diagnostic peut se faire suite à des manifestations rythmiques, lors d'un dépistage familial mais aussi de manière fortuite sur des aspects électriques plus ou moins typiques labiles pouvant être démasqués dans certaines situations.

OBSERVATIONS: Nous rapportons deux observations de deux jeunes patients ne présentant aucun antécédent personnel ou familial de pathologie cardiaque, hospitalisés en réanimation, pour intoxication aiguë suite à l'ingestion volontaire de chlorpromazine (Largactil) chez le premier et d'Acébutolol (Sectral) chez le second. L'examen à l'admission du premier patient a montré un score de Glasgow à 6, un pouls à 112 bpm, une tension artérielle à 110/70 mm Hg, une SaO₂ à l'AA à 93% avec un bloc de branche droit complet et un sus décalage de 2 mm du segment ST dans les dérivation V1 et V2 en forme de selle de cheval à l'ECG, évoquant l'aspect de Brugada type 2. L'évolution a été marquée par la disparition du sus décalage de ST à H24 avec persistance du bloc de branche droit. Le patient a nécessité une simple surveillance sans recours à la stimulation ventriculaire. Le second patient était conscient à l'admission mais asthénique, présentant un pouls à 74 bpm, une tension artérielle à 85/55 mm Hg et un sus décalage de 4 mm du segment ST dans les dérivation V1 et V2 en forme de dôme, évoquant l'aspect de Brugada type 1. L'évolution a été marquée par la disparition du sus décalage de ST à la 24^{ème} heure de l'hospitalisation et a été mise sous surveillance sans recours à la stimulation ventriculaire.

CONCLUSION: L'aspect électrocardiographique du syndrome de Brugada peut être favorisé par des conditions particulières qui constituent autant de circonstances de découverte. Chez ces deux patients, il n'y a pas eu indication à un défibrillateur automatique implantable en l'absence de symptômes ou de contexte familial de mort subite; néanmoins une surveillance régulière a été préconisée.

P36. Intoxication au CO au cours de la grossesse : à propos de 3 cas et revue de la littérature.

Regaieg M, C.Mrazguia, S Ghdes, N.Bouchuicha, A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital régional Med Tlatli Nabeul. Tunisie.**

L'intoxication au monoxyde de carbone (CO), gaz incolore et inodore, est le plus souvent accidentelle et collective. Elle touche environ 8 000 personnes par an en France et est la première cause de décès par intoxication. Estimation du nombre en Tunisie: 2000 à 4000 cas/an dont : 2% des femmes enceintes. Lorsque cet accident intervient pendant la grossesse, le fœtus est particulièrement exposé au risque d'hypoxie en raison de la forte affinité de son hémoglobine pour le CO qui traverse aisément le placenta. Nous rapportons trois cas d'intoxication maternelle au CO au cours de la grossesse aux conséquences maternelles et néonatales différentes. Nous essayons à travers ces cas ainsi qu'une revue de la littérature de dégager les possibilités thérapeutiques pour garantir un bon pronostic materno fœtal.

P37. Intoxication accidentelle par l'hydrogène sulfuré : à propos d'un cas.

Anis Chaari¹, Olfa Turki¹, Kamilia Chtara¹, Hatem Ghadhoun¹, Rania Ammar¹, Fatma Medhioub¹, Mabrouk Bahloul¹, Mounir Bouaziz¹. **Service de Réanimation Polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax. Tunisie.**

INTRODUCTION: Le sulfure d'hydrogène (H₂S) est un gaz qui peut être retrouvé en industrie pétrolière, agricole et maritime. Un certain nombre de cas d'intoxications accidentelles au H₂S chez les travailleurs des égouts a été déjà rapporté. Nous rapportons le cas d'un patient ayant eu une intoxication accidentelle au H₂S avec un retentissement neurologique et respiratoire.

OBSERVATION: Un patient âgé de 23 ans a été ramené par les pompiers pour troubles de l'état de conscience. Le malade a été retrouvé en coma dans une conduite d'égout. Une odeur d'œuf pourri a été signalée par les secouristes sur les lieux de l'accident. L'examen initial note un score de Glasgow à 6, sans signe de localisation. Le patient a été polypneïque avec une SpO₂ à 93 % et des râles crépitants diffus à l'auscultation pulmonaire. La pression artérielle a été de 100/60 mmHg. La radiographie thoracique a montré un syndrome alvéolaire diffus et bilatéral. L'électrocardiogramme a montré une ischémie sous épigastrique en antéro-septo-apical. Le taux de troponines a été de 0,5 ng/ml. Le reste de la biologie a été dans les limites de la normale. L'échographie cardiaque a montré une altération de la fonction systolique (fraction d'éjection ventriculaire gauche à 40 %) avec des pressions de remplissage élevées. La coronarographie pratiquée en urgence a été normale. Une TDM cérébrale faite à l'admission a été sans anomalie. Le patient a été mis sous ventilation mécanique. Le diagnostic d'une intoxication aiguë aux H₂S compliquée d'un œdème pulmonaire hémodynamique et d'un trouble de l'état de conscience a été retenu. L'évolution secondaire a été progressivement favorable avec sortie de réanimation au bout de 32 jours de séjour.

DISCUSSION : La sévérité de l'intoxication au H₂S dépend de la concentration du gaz mais aussi de la durée de l'exposition. A l'échelle cellulaire, la fixation des ions sulfhydryles (SH₂) au niveau du fer ferrique du cytochrome oxydase mitochondriale entraîne l'inhibition de la phosphorylation oxydative ce qui explique que les organes les plus dépendants de l'oxygène, tel que le cerveau sont particulièrement lésés lors de cette intoxication. L'œdème pulmonaire secondaire à l'exposition au H₂S peut être de nature lésionnelle ou hémodynamique. Les constatations échographiques chez notre patient plaident plutôt en faveur de l'origine cardiogénique de l'œdème.

CONCLUSION : L'intoxication au H₂S est rare mais potentiellement grave. En cas de défaillance respiratoire, les explorations hémodynamiques sont particulièrement utiles pour guider la prise en charge.

P38. Les plaies pénétrantes de l'abdomen par arme blanche : conduite diagnostique et thérapeutique. A propos de 100 cas.

A.Chhaidar, A. Guirat, H.Triki, N.Ben Mna, I.Jdidi, I. Beyrouti. **Service de chirurgie générale
CHU H Bourguiba Sfax Tunisie.**

INTRODUCTION : Les plaies pénétrantes de l'abdomen par arme blanche réalisent des urgences de gravité très variable. Leur prise en charge est profondément modifiée grâce à l'apport de l'imagerie moderne et le développement de la coelioscopie.

OBJECTIF : Le but de ce travail est d'étudier les moyens diagnostiques et thérapeutiques modernes afin de sérier au mieux les indications chirurgicales devant une plaie pénétrante de l'abdomen par arme blanche.

METHODES : Nous rapportons dans ce travail rétrospectif 100 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen par arme blanche, colligés sur une période de 19 ans de 1993 à 2011.

RESULTATS : l'âge moyen était de 28,4 ans (de 13 à 78 ans) avec un sex-ratio de 49. Les antécédents neuropsychiatriques ont été notés dans un cas, la toxicomanie dans un cas et l'alcoolisme dans 12 cas. Une recrudescence des plaies au cours de la saison estivale a été notée (33%). L'examen clinique initial, l'exploration locale de la plaie et les examens radiologiques effectués en urgence ont guidé notre attitude :

- 84 blessés ont été opérés en présence de signes cliniques et/ou radiologiques de gravités et parfois en présence de plaie pénétrante à l'exploration locale (9cas). 10 blessés ont bénéficié d'une coelioscopie qui a permis le traitement dans 4 cas.

- 16 blessés ont bénéficié d'une surveillance en milieu chirurgical. 9 patients avaient présenté des signes des péritonites généralisées.

La laparotomie était souvent médiane (96,4%) et l'exploration per opératoire a révélé des lésions viscérales dans 76 % des cas avec une atteinte préférentielle des organes creux (62cas), en particulier le grêle (24cas). Les plaies du foie étaient observées dans 14cas. Le taux de la laparotomie blanche était de 23,8%. Une laparotomie secondaire était nécessaire devant l'apparition de signes péritonéaux dans 4 cas. La morbidité globale était de 22,1%. La mortalité était de 1%, un décès est survenu en per opératoire par CIVD.

CONCLUSION : L'indication d'une laparotomie en urgence reste formelle chez un malade en état de choc ou présentant : un syndrome péritonéal, une éviscération, un écoulement digestif ou urinaire par la plaie, une hémorragie digestive extériorisée, ou une arme in situ. Dans les autres cas, l'exploration sous anesthésie locale permet la sélection des patients qui présentent des plaies pénétrantes. Au moindre doute, l'exploration coelioscopique trouve tout son intérêt en permettant d'éviter l'exploration chirurgicale abusive ou une surveillance prolongée.

P39. Traitement non-opératoire des traumatismes fermés de la rate.

A.Chhaidar, A. Guirat, N.Kardoun, N.Ben Mna, I.Jdidi, I. Beyrouti. **Service de chirurgie générale
CHU H Bourguiba Sfax Tunisie.**

INTRODUCTION : La rate est l'organe plein le plus fréquemment blessé dans les traumatismes fermés de l'abdomen. Son atteinte lors d'une contusion abdominale est une éventualité à la fois fréquente et potentiellement grave. Actuellement, le traitement conservateur du traumatisme splénique fermé chez est la prise en charge privilégiée. Cependant, les critères

prédictifs de réussite de la prise en charge non-opératoire sont actuellement discutés dans la littérature.

BUTS DU TRAVAIL : Le but de ce travail est de dégager les critères de sélection pour adopter un traitement non-opératoire (TNOP) ainsi que les modalités de surveillance et les facteurs prédictifs d'échec du TNOP.

MATERIELS ET METHODES : Nous rapportons dans ce travail nos observations de 97 victimes de traumatismes spléniques qui ont été traités à l'hôpital Habib Bourguiba de Sfax entre 1996 et 2010.

RESULTAT : L'âge moyen de nos patients a été de 28 ans. On a noté une prédominance masculine avec un sexe ratio de 3,09. Trente neuf patients ont eu des contusions isolées de l'abdomen. Dans 66,6 % des cas, les patients étaient victimes d'accidents de la voie publique. 24 patients ont été admis dans un état de choc. 38 patients ont eu une laparotomie d'emblée. 62,2% des patients ont bénéficié d'un traitement non-opératoire et ont été mis sous surveillance. 25% de ces patients ont eu un échec de leur traitement non opératoire et ont nécessité une intervention chirurgicale. La mortalité a été de 2,22%. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 15,5 jours et un suivi médical a été assuré chez 45% des patients splénectomisés.

CONCLUSION : La contusion de la rate ne doit plus être systématiquement synonyme de splénectomie, et que « l'abstention armée » constitue une technique fiable et sans danger.

P40. Hellp Syndrome.

Ben Mna N ; Ben Hlima S ; Chhaider A ; Bedoui O; Chaabène K; Gormazi M. **Service de gynécologie obstétrique de Sfax Tunisie.**

DEFINITION : Syndrome biologique ; complication grave de la prééclampsie sévère.

Objectifs : Déterminer les caractéristiques épidémiologiques du HELLP compliquant la prééclampsie sévère. Dresser ses éléments pronostiques d'après une revue de littérature.

MATERIELS ET METHODES : Etude rétrospective portant sur 79 cas de prééclampsie sévère colligés au service de gynécologie obstétrique de Sfax durant l'année 2010(8826) dont on a diagnostiqué 20 cas de HELLP.

RESULTATS : Durant l'année 2010 nous avons colligé 20 cas de HELLP compliquant une prééclampsie sévère soit 6.32% ; il a été survenu dans le post partum dans un cas ; 3 patientes ont nécessité le transfert en réanimation ; nous avons essayé une corticothérapie dans 2 cas ; une transfusion par des culots plaquetaires a été réalisée dans deux cas. La gravité de la prééclampsie réside dans les complications souvent associées pouvant entraver le pronostic materno-fœtal ; en effet un cas d'OAP a été déploré associé au HELLP. La césarienne sous AG a été de recours dans 100% des cas à un âge moyen de grossesse de 34SA +4j pour pronostic maternel.

CONCLUSION: Le HELLP est un syndrome biologique grave compliquant une prééclampsie sévère ; son diagnostic et sa prise en charge doit être pluridisciplinaire à fin d'éliminer une complication materno-fœtale.

P41. Utilité de la corticothérapie dans le HELLP syndrome : à propos de 25 cas.

Ben M'Na N ; Chhaider A ; Khelif S; Bedoui O; Amouri H ; Gormazi M. **Service de gynécologie obstétrique de Sfax Tunisie.**

INTRODUCTION : Le syndrome HELLP associé au cours de la grossesse compliquée de prééclampsie une hémolyse (H), une cytolysé hépatique (EL : elevated liver enzymes) et une thrombopénie (LP : low platelet count) S'il est communément admis que la guérison survient

de façon très rapide après l'accouchement, une corticothérapie est parfois utilisée depuis une quinzaine d'années, que ce soit en prepartum ou en postpartum. Cependant, aucune preuve de l'utilité ce traitement n'a été apporté jusqu'à présent.

MATERIELS ET METHODES : Nous rapportons 25 cas de grossesses compliquées d'un HELLP syndrome ayant subi une corticothérapie en post partum à la dose de 30mg en 3 prises séparées de 12 heures en comparaison avec un groupe sans corticothérapie.

RESULTATS : On a noté une stabilisation du chiffre des plaquettes 12 heures après le début du protocole chez 20 patientes alors que dans le groupe témoin les plaquettes baissaient jusqu'à la 36^{ème} heure.

On a noté également une diminution plus rapide des transaminases dans le groupe recevant la corticothérapie.

10 cas de transfusion ont été évités dans le groupe recevant la corticothérapie dont 2 avec thrombopénie profonde < 50000.

On note également une diminution du séjour de 24 à 48 h dans le groupe recevant la corticothérapie par rapport au groupe témoin.

CONCLUSION : Le HELLP syndrome représente une indication potentielle à la corticothérapie dont le bénéfice est suggéré par certaines expériences du terrain, mais qui reste à documenter par des preuves scientifiquement validées par de larges essais multicentriques randomisés.

P42. Hyperthermie sévère et troubles neurologiques après administration de sulprostone dans un contexte d'atonie utérine post-césarienne.

Ben Mna N, Ben Hlima S, Chhaider A , Amouri H, Gormazi M. **Service de gynécologie obstetrique de Sfax Tunisie.**

INTRODUCTION : L'atonie utérine est la cause la plus fréquente d'hémorragie de la délivrance. Son traitement repose sur l'administration précoce d'ocytociques et secondairement d'analogues des prostaglandines (sulprostone – Nalador®). en cas d'échec le traitement est chirurgical.

ETUDE DE CAS : Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 30 ans, 2^{ème} pare accouchée par césarienne pour grossesse gemellaire monoamniotique ayant présenté une hyperthermie sévère associée à des troubles neurologiques, au décours de l'administration du sulprostone. L'évolution était spontanément favorable en quelques heures, à l'arrêt de la perfusion. Une enquête etiologique faite d'un bilan ionique et infectieux et une IRM cérébrale a permis d'éliminer les autres étiologies.

CONCLUSION : Le nalador de part ces avantages, n'est pas dénué de risque. Son utilisation a été codifiée par plusieurs auteurs, tous s'accordent sur la nécessité d'une surveillance étroite à fin d'éviter ses complications parfois gravissimes.

P43. Eclampsie : Etude épidémiologique et clinique.

F Medhioub; N Ben Algia; A Chaari; O Turki; R Ammar; R Allala; H Ghadhoun; H Dammak; M Bahloul; H Chelly; C Ben Hamida; M Bouaziz. **Service de Réanimation Médicale, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.**

INTRODUCTION : L'éclampsie est un accident gravidopuerpéral paroxystique grave qui complique les états vasculorénaux de la grossesse. Caractérisée par des crises convulsives pouvant être fatales pour la mère comme pour le fœtus. Le but est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques chez les patientes obstétricales hospitalisées en réanimation pour une éclampsie.

PATIENTES ET METHODES : Notre étude est rétrospective et inclut tous les cas d'éclampsie colligés dans le service de réanimation médicale du CHU de Sfax sur une période de 20 ans (1993 - 2012).

RESULTATS : Durant notre période d'étude, 725 patientes ont été hospitalisées en réanimation en post partum. Parmi ces patientes, 194 ont présenté une éclampsie (26.7 %).

La grossesse a été suivie médicalement chez 79 femmes (40.6 %). L'âge moyen des patientes a été de 28 ± 4.3 ans. La parité moyenne a été de 1.7 ± 1.2 avec une primiparité de 49.5 %. L'âge gestationnel moyen a été de 34.8 ± 2.9 semaines. Un HELLP syndrome a été noté dans 30 cas (15.5 %), un HRP dans 15 cas (7.87 %), une insuffisance rénale aiguë dans 43 cas (22.3 %), une CIVD dans 27 cas (14%), un oedème aigu du poumon dans 17 cas (8.8 %) et un état de choc dans 7 cas (3.6 %).

L'accouchement a été par césarienne en urgence dans 161 cas (83 %). La ventilation artificielle de plus de 24 heures a été nécessaire dans 79 cas (40.7 %), 43 patientes (22.2 %) ont reçu une transfusion (culot globulaire et/ou plasma frais congelé et/ou culot plaquettaire). L'hémodialyse a été effectuée dans 2 cas (1 %).

Un traitement antihypertenseur a été instauré chez 171 patientes, le sulfate de magnésium chez 190 patientes et un traitement anti convulsivant chez 187 patientes. La durée moyenne de séjour en réanimation a été de 2.7 ± 2.2 jours. La mortalité a touché 9 patientes (4.6 %) et 25 fœtus (12.8 %).

CONCLUSION : L'éclampsie est un accident grave compliquant l'HTA gravidique. Elle touche particulièrement la primipare. Une prise en charge médico obstétricale comprenant une césarienne en urgence et une réanimation adéquate permet une réduction de la mortalité maternofoetal.

P44. L'hématome rétro-placentaire: Etude épidémiologique et clinique.

F Medhioub (1); A Chaari (1); N Ben Algia (1); K Chtara (1); O Turki (1); R Ammar (1); R Allala (1); H Ghadhoun (1); H Dammak (1); M Bahloul (1); H Chelly (1); C Ben Hamida (1); M Bouaziz (1). **Service de Réanimation Médicale, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie**

INTRODUCTION : L'hématome rétro placentaire (HRP) représente l'une des premières urgences obstétrico-médicales. C'un accident imprévisible et l'une des étiologies de morbi mortalité maternelle et fœtale.

But : Etudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques chez les patientes obstétricales hospitalisées en réanimation pour HRP.

PATIENTES ET METHODES : Notre étude est rétrospective et inclut tous les cas d'HRP colligés dans le service de réanimation médicale du CHU de Sfax sur une période de 20 ans (1993-2012).

RESULTATS : Durant notre période d'étude, 725 patientes ont été hospitalisées en réanimation en post partum, 139 ont présenté un HRP (19.1 %).

La grossesse a été suivie chez 54 femmes (38.9 %). L'âge moyen des patientes a été de 31 ± 4.3 ans. La parité moyenne a été de 2.9 ± 1.5 . L'âge gestationnel moyen de découverte de l' HRP a été de 26.2 ± 3.9 semaines. Une HTA gravidique a été présente chez 114 patientes (82 %).

Le taux moyen d'hémoglobine a été de 8.5 ± 2.1 g/dl, celui des plaquettes est de $93 \times 10 \pm 25$ 103 par mm3, celui du taux de prothrombine est de 63.6 ± 4.5 %.

Une CIVD a été noté dans 75 cas (54 %), un état de choc dans 32 cas (23 %), une insuffisance rénale aiguë dans 38 cas (27.3 %), une éclampsie dans 15 cas (10.7 %) et un oedème aigu du poumon dans 14 cas (10.1 %). L'accouchement a été par césarienne en urgence dans 112 cas (80.6 %).

La ventilation artificielle de plus de 24 heures a été nécessaire dans 41 cas (29.5 %), 42 patientes (31.3 %) ont reçu une transfusion (culot globulaire et/ou plasma frais congelé et/ou culot plaquettaire). Un traitement antihypertenseur a été instauré chez 84 patientes.

La durée moyenne de séjour en réanimation a été de 3 ± 2.2 jours. La mortalité a touché 4 patientes (2.9 %) et 99 fœtus (71.2 %).

CONCLUSION : L'HRP, complication fréquente de l'HTA gravidique, est une urgence médico obstétricale. Une prise en charge obstétricale rapide (une césarienne en urgence) et une réanimation adéquate permet une réduction de la mortalité maternofoetale.

P45. Gestion peri opératoire du traitement anticoagulant en chirurgie endoscopique

urologique Expérience du service d'anesthésie réanimation chirurgicale EHUO.

S. Bensafir, F Boufas, F. Mazour, D. Elkebir. **Service de réanimation EHUO -Oran –ALGERIE**

INTRODUCTION: La prescription des anticoagulants concerne environ 7,8 million de la population algérienne. La pathologie urologique représente 15% de l'ensemble des activités opératoires au sein de l'EHUO. Ce travail est notre expérience de la gestion péri opératoire des patients sous anticoagulants devant subir une biopsie prostatique et / ou résection endoscopique.

PATIENTS ET METHODE : Il s'agit d'une étude rétrospective d'une année période entre septembre 2011 et septembre 2012. 87 patients ont subi soit une résection endoscopique, soit une biopsie prostatique. La population étudiée est sous anticoagulants soit un collectif de 87 patients. Les paramètres étudiés sont l'âge, le type de traitement anticoagulant prescrit, les modalités de la prise en charge pré et post opératoire pour évaluation du risque thrombotique -hémorragique et le choix de la technique anesthésique (ALR versus AG)

PROTOCOLE : Pour les résections endoscopiques (risque hémorragique élevé) les antiagrégants plaquettaires sont arrêtés 5jours. La reprise d'aspirine et des AVK en post opératoire est précoce

RESULTATS : Répartition selon l'âge : 78 (plus de 60ans) 9 (moins de 60 ans) Comorbidités : HTA : 23, Diabète : 14, Cardiopathie : 50 Type d'anesthésie : ALR : 68 patients, AG : 19 patients Arrêt des antiagrégants plaquettaires pour 36 patients Arrêt des AVK pour 19patients Relais HBPM pour 19 patients Nous n'arrêtons pas l'aspirine avant une biopsie prostatique (faible risque hémorragique). Pour les résections endoscopiques (risque hémorragique élevé) les antiagrégants plaquettaires sont arrêtés 5jours. Après reprise précoce d'aspirine et des AVK en post opératoire précoce. Pas d'hémorragie importante à déplorer et aucune thrombose post opératoire.

DISCUSSION: Notre protocole au sein de EHUO concernant la gestion péri opératoire des anticoagulants avant et après acte opératoire (biopsie prostatique, résection endoscopique) basé sur les notions suivantes issues de la littérature : Le risque patient à l'arrêt d'un traitement anti agrégant plaquettaire est faible si prévention primaire mais élevé si prévention secondaire. La voie endoscopique est à faible risque thrombo embolique mais à haut risque hémorragique. La chirurgie rénale à ciel ouvert est à fort risque thrombo embolique.

CONCLUSION: La chirurgie urologique est très fréquente au sein de l'EHU 15% de l'ensemble des actes opératoires vu le nombre croissant de patients sous anticoagulants devant être opérés, la codification de protocole gérant le péri opératoire a permis d'éviter de nombreuses complications inhérentes aux anticoagulants de nouvelles techniques de résection endoscopiques prostatiques comme le laser KTP ont facilitées cette gestion.

P46. Les agressions par arme à feu au cours du printemps arabe.

Hatem Ghadhoun, Fatma Madhioub, Anis Chaari, Nejla Ben Algia, Rania Ammar, Hédi chelly, Mabrouk Bahloul, Mounir Bouaziz. **Service de réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax Tunisie.**

OBJECTIF : Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et évolutives chez les patients admis pour des lésions par armes à feu au cours de la révolution tunisienne et libyenne. Matériel et méthode : Etude rétrospective ayant inclus tous les patients admis pour agression par arme à feu entre décembre 2010 et avril 2012 au service de réanimation polyvalente de Sfax. Pour chaque patient nous avons recueilli des paramètres démographiques, cliniques et biologiques. Le bilan lésionnel a été précisé pour chaque malade.

RESULTATS : Vingt trois patients ont été inclus au cours de cette période dont 12 libyens et 11 tunisiens avec un âge moyen de 25.4 ± 8.9 ans. Une prédominance masculine a été constatée avec un sexe ratio de 22. Le SAPSII a été de 18.5 ± 10.4 point. Le SOFA score est de 4.47 ± 4.33 point. Le siège des lésions a été crânien (30.4%), thoracique (39.1%), abdominal (47.8%), rachidien (13%) et/ou périphérique (56.5%). La nature du projectile en cause a été une balle dans 60.9% des cas, du plomb dans 30.4% des cas ou un missile dans 8.7%. Les défaillances viscérales à l'admission ont été prédominées par l'instabilité hémodynamique et l'insuffisance respiratoire aigüe chez 39.1% des patients. Le coma (GCS<8) a été constaté dans 8.6% des cas. Une insuffisance rénale aigüe a été observée chez 21.7%. Parmi les patients inclus 39.1% ont eu un état de choc hémorragique. Une transfusion de produits sanguins a été effectuée chez 69.5% des patients. Le recours à la ventilation mécanique (VM) a été nécessaire chez 60.8% des malades avec une durée moyenne de VM de 6 ± 5.3 j. Un geste chirurgical a été effectué chez 65.2% des patients : neurochirurgie (4.3%), chirurgie ou drainage thoracique (30.4%) , chirurgie abdominale (47.8%) , chirurgie du rachis (4.3%) , chirurgie orthopédique (39.1%). Durant le séjour en réanimation, six patients (26.1%) ont développé une infection nosocomiale. Le décès est survenu chez 3 patients (13.04%). La durée de séjour totale en réanimation a été de 6.7 ± 7.1 j.

CONCLUSION : La gravité des lésions par arme à feu dépend de la nature et du degré d'atteinte des organes concernés. La prise en charge est multidisciplinaire et le pronostic dépend du nombre de défaillances viscérales à l'admission.

P47. Les thrombopénies en réanimation.

K.Lamazwak, I.Malajati, H.Ezzouine, B.Charrara, A.Benslama. **Service de Réanimation Médicale du CHU de Casablanca; Maroc**

L'apparition d'une thrombopénie (THR) est une des complications survenant chez les patients de réanimation. Le but de cette étude était de préciser l'incidence, les facteurs de risque et les conséquences de l'apparition d'une thrombopénie en réanimation. De Janvier 2010 au Décembre 2010, 375 patients ont été prospectivement étudiés. La thrombopénie était définie par un compte de plaquettes $< 150 \cdot 10^9/L$. Les données concernant le monitoring hémodynamique, L'IGS II à l'admission, le bilan biologique, les médicaments reçus, les transfusions, la présence d'un sepsis étaient notées pour chaque patient. Une régression logistique multi variée a été réalisée. 107 épisodes de thrombopénies ont été recensés, soit une incidence de 33,75%. Le score de gravité IGS II, le sepsis, le SDRA, la présence d'un état de choc, et la transfusion de PFC se sont révélés comme des facteurs prédictifs de mortalité en milieu de réanimation chez les patients thrombopénique. La thrombopénie était associée à une mortalité plus élevée 50,4%, et à une durée de séjour plus longue. La survenue d'une

thrombopénie est fréquente en réanimation. L'étiologie la plus fréquente dans ce travail reste le sepsis. La démarche diagnostique et thérapeutique dépend du contexte clinique particulier ou survient la thrombopénie.

P48. DRESS syndrome (drug rash with eosinophilia and systemic symptoms) réaction d'hypersensibilité: à propos de 5 cas.

A Hammami ,O Hellara, A Gueddiche, I Akkari, H Loghmari W Ben Mansour, , W Melki, N Ben Chaabène, L Safer, F Bdioui, H Saffar. **Service de gastroenterologie de Monastir. Tunisie.**

INTRODUCTION : Le DRESS syndrome (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) est une entité nosologique rare d'hypersensibilité médicamenteuse avec atteinte systémique.

BUT : Nous rapportons 5 cas de Dress Syndrome et nous essayons de revoir ses caractéristiques cliniques et biologiques à la lumière de la littérature.

OBSERVATIONS : 5 patients ont présenté une éruption cutanée généralisée maculo-papuleuse prurigineuse, fébrile faisant suite à une prise médicamenteuse (carbamazépine n=1, sulfazalazine n=3 and allopurinol n=1). La biologie sanguine montrait une hépatite et une hyper éosinophilie. Tous les symptômes ont disparu après l'arrêt du traitement dans 4 cas. Un seul patient, chez qui la corticothérapie générale était inefficace, est décédé dans tableau de défaillance multi-viscérale. Dress syndrome est une réaction idiosyncratique caractérisée par une éruption cutanée fébrile qui apparaît à la suite d'une d'instauration récente (2 à 6 semaines) d'un nouveau médicament, et associée à une atteinte systémique et une perturbation du bilan biologique (hépatite, hyper éosinophilie). Bien que la mortalité de ce syndrome reste basse, la morbidité est considérable, ce qui fait des allergies médicamenteuses un véritable problème de santé publique. L'évolution peut être fatale. La physiopathologie n'est pas encore bien élucidée, et le traitement n'est pas bien codifié mais l'agent responsable doit être interrompu de façon définitive. L'impact thérapeutique de la corticothérapie reste controversé.

CONCLUSION: La connaissance de cette entité est importante du fait de sa sévérité, sa ressemblance à d'autres pathologies et la nécessité d'un arrêt définitif du médicament en cause.

P49. La ligature bilatérale des artères hypogastriques dans les hémorragies du post partum.

Brahem I, Bouchouicha N., Mrazguia Ch., Armi S., A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique hôpital Med Tlatli Nabeul. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'hémorragie du postpartum (HPP) constitue l'urgence obstétricale type, elle reste encore la première cause de mortalité maternelle en Tunisie et dans le monde, malgré tout les progrès connus en réanimation, en chirurgie et en radiologie. La chirurgie d'hémostase reste l'ultime recours surtout en cas d'hémorragie grave et doit être maîtrisée par tout chirurgien obstétricien accoucheur. La ligature bilatérale des artères hypogastriques constitue une méthode de dévascularisation utérine proximale de référence.

BUT : Rapporter l'expérience de la maternité de Nabeul en matière de prise en charge de l'hémorragie du post partum par ligature bilatérale des artères hypogastriques

MATERIELS ET METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 4 ans, descriptive, réalisée à la maternité de Nabeul, portant sur trente deux cas d'hémorragie du postpartum ayant échappé au traitement médical et obstétrical et nécessité le recours à une ligature bilatérale

des artères hypogastriques pour contrôler le saignement associée ou non à d'autres techniques chirurgicales.

RESULATS : L'âge moyen des patientes était de 31 ans (extrême allant de 20 à 42 ans). La majorité des patientes étaient des pauci pares, la parité moyenne de 1.88. Les étiologies étaient dominées par l'inertie qui a représenté 71.9% des cas. Le taux moyen de déglobulisation était de 3.59 g/dl avec des extrêmes allant de 1.3 à 7.8% g/dl. Huit de nos patientes (25%) étaient en CIVD au moment de geste chirurgical. La ligature des artères hypogastriques était faite après échec du traitement médical. L'effet hémostatique a été immédiat chez 90.6% des cas. Nous n'avons pas observé de décès maternel. Deux suppurations pariétales ont été enregistrées. Aucune complication liée à la ligature elle-même n'a été enregistrée. Neuf mois après, quatre malades ont leur retour de couches. Sept étaient de nouvelles enceintes deux ans plus tard.

CONCLUSION : La ligature bilatérale des artères hypogastriques est une technique réputée difficile, qui offre une efficacité probante et préserve la fonction utérine chez des patientes jeunes en âge de procréer. Elle est une alternative intéressante à l'hystérectomie d'hémostase. Elle nécessite une formation préalable qui doit être encouragée.

P50. Placenta accreta : épidémiologie, diagnostic et prise en charge. A propos de 13 cas.

Bouchouicha N, Brahem I, C.Mrazguia, Khelifi N, A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique Hôpital Med Tlatli Nabeul. Tunisie.**

INTRODUCTION : Le placenta accréta est une adhérence anormale du placenta au myomètre. Son incidence est en augmentation. Il est associé à une morbidité et une mortalité maternelle importantes du fait d'hémorragie du post partum immédiat. Le diagnostic anténatal, basé sur les données de l'échographie et l'IRM, a permis d'améliorer la prise en charge. Pendant longtemps, le traitement de référence en cas de placenta accreta a été l'hystérectomie. Actuellement, une stratégie thérapeutique conservatrice se développe pour tenter de préserver la fertilité ultérieure des patientes.

BUT : Préciser les facteurs de risque du placenta accréta et d'étudier les possibilités diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie.

PATIENTES ET METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 13 cas de placenta accréta colligés dans le service de gynécologie obstétrique Mohamed Tlatli Nabeul menée sur une période de 5 ans, allant de janvier 2007 à décembre 2011.

RESULTATS : Dans notre étude, l'incidence du placenta accréta était de 0,06%. L'âge moyen de nos patientes était de 32ans. La parité moyenne était de 4. Les principaux facteurs de risque retrouvés étaient utérus cicatriciel dans 8 cas (61.5%), placenta prævia dans 7 cas dont 5 placentas recouvrants, l'antécédent de curetage utérin était retrouvé dans 4 cas (30.7%). L'âge moyen de découverte a été de 31 SA. Le motif d'hospitalisation a été représenté par des métrorragies dans 6 cas, le diagnostic a été suspecté à l'échographie. Pour 4 patientes la découverte a été fortuite lors d'un examen échographique de routine. Le diagnostic a été posé au moment de la délivrance chez les 3 patientes restantes. Les signes échographiques les plus retrouvés étaient la présence de lacunes au niveau du placenta (8 cas), la disparition du liseré entre myomètre et placenta (4 cas). L'IRM n'a pu être réalisée que chez 5 cas, elle était en faveur du diagnostic. Le mode d'accouchement le plus fréquent était la césarienne (10 cas) 77%. L'acte chirurgical a consisté à une hystérectomie totale dans 11 cas (84.6%) associée ou non à une ligature des artères hypogastriques (6 cas.) Le traitement conservateur a été adopté pour deux patientes avec succès. Toutes nos patientes ont été transfusées. Le pronostic a été bon dans 12 cas et nous avons déploré un décès maternel

CONCLUSION : Le placenta accréta est une pathologie rare et grave. Les antécédents de césarienne avec l'existence de placenta previa définissent une population à haut risque pour laquelle un dépistage devrait être systématique. L'échographie 2D est un examen utile pour le diagnostic des placentas accrés. Les prises en charge radicales gardent leurs indications, mais des données récentes semblent montrer qu'une attitude conservatrice décidée au cas par cas peut permettre de préserver la fertilité.

P51. Grossesse cornuale: à propos de 4 cas et revue de la littérature.

Brahem. I, C.Mrazguia Bouchouicha N, S.Armi, A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique, Hôpital régional de Nabeul. Tunisie.**

La grossesse cornuale est l'implantation du trophoblaste au niveau de la corne utérine, elle nécessite un diagnostic précoce pour ne pas mettre en jeu le pronostic vital maternel. Les moyens thérapeutiques sont encore sujets de controverse. Le but de ces observations était de déterminer les circonstances de découverte, les moyens thérapeutiques et le pronostic ultérieur en terme de fertilité.

Nous rapportons quatre cas de grossesse cornuales colligés au service de gynécologie obstétrique hôpital régional Nabeul durant l'année 2009.

	PTIENTE1	PATIENTE2	PATIENTE3	PATIENTE4
Age gestationnel	5	7	8	8
clinique	Douleur pelvienne, saignement	Douleur pelvienne, saignement	Etat de choc	Douleur pelvienne
BHCG	2770	3050	4545	3120
MLU évocatrice	non	oui	oui	oui

Le traitement a consisté en une salpingectomie par laparotomie. Les suites opératoires étaient simples avec disparition des douleurs après 3 jours. La grossesse interstitielle reste une localisation rare qui nécessite une prise en charge rigoureuse et rapide vu qu'elle met en jeu le pronostic fonctionnel et vital et maternel.

P52. Grossesses extra utérines rompues à propos de 40 cas et revue de la littérature.

C.Mrazguia, S.Ghades, M Regaieg, A.Ajili, A.Falfoul. **Service de gynéco-obstétrique, Hôpital régional de Nabeul. Tunisie.**

INTRODUCTION : La grossesse extra-utérine (GEU) est considérée comme un problème de santé publique dans tous les pays du monde, quel que soit le niveau de développement, en raison de sa fréquence et de ses répercussions sur la fertilité des patientes. Dans les pays en développement elle représenterait la première cause de mortalité maternelle au cours du premier trimestre de la grossesse en raison de sa complication la plus redoutable qui est la rupture.

OBJECTIF : notre objectif est de préciser l'épidémiologie descriptive de la GEU rompue dans le service de gynéco-obstétrique de Nabeul.

MATERIELS ET METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective de 40 cas de GEU rompues colligés au service de gynéco-obstétrique de Nabeul durant la période allant du mois de Janvier 2010 au mois de Décembre 2010. Les paramètres suivants ont été analysés : âge, parité, référence et conditions d'évacuation, tableau à l'entrée, type de chirurgie effectuée et pronostic postopératoire.

RESULTATS : La GEU rompue représentait 10 % des laparotomies réalisées en urgence pour une indication obstétricale, occupant ainsi la seconde place derrière les césariennes. La moyenne d'âge de nos patientes était de 31 ans, avec des extrêmes de 20 et 42 ans. La parité moyenne était de 2 avec des extrêmes de 0 et 4. La majorité des patientes soit 85 % ont consulté directement au niveau de notre service, les autres ont été transférées d'une autre structure de santé de niveau inférieur. Au moment de l'admission, 90 % (n=36) d'entre elles présentaient un tableau clinique évocateur avec un état de choc associé à un hémopéritoine estimé en per opératoire à 700 cc en moyenne. 25 patientes ont eu une laparotomie, quinze patientes ont bénéficié d'une coelioscopie. Quant au siège de la GEU, il était ampullaire dans 92% avec 2 cas de GEU cornuale et un cas de GEU ovarienne. La majorité des patientes ont eu une salpingectomie (90 %). Sur le plan du pronostic, aucun décès n'a été enregistré.

CONCLUSION : Le diagnostic de GEU peut être tardif, au stade de rupture et conduit souvent à la réalisation d'une chirurgie mutilatrice et influence négativement aussi bien le pronostic vital immédiat que fonctionnel ultérieur d'où la nécessité d'une prise en charge précoce au stade de non rupture ou on peut recourir au traitement médical ou chirurgical conservateur.

P53. Hémorragie grave du post-partum; pronostic et prise en charge à Nabeul.

C.Mrazguia, M. Regaieg N.Bouchouicha ; S.Ghades ; A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique hôpital Med Tlatli Nabeul Tunisie.**

INTRODUCTION : L'hémorragie grave du post-partum représente l'une des situations les plus dramatiques en milieu obstétrical. Elle reste la première cause de mortalité maternelle dans le monde. Elles compliquent environ 5 p. 100 des accouchements. L'OMS estime à 150 000 le nombre de décès annuel dans le tiers monde par HPP.

BUT: Étudier les facteurs de risque. Analyser les caractéristiques étiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques. Dégager les moyens de prévention.

MATERIEL ET METHODES : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur 110 patientes ayant présenté une hémorragie grave du post-partum colligées à la maternité de Nabeul sur une période de 2 ans et demi s'étalant entre janvier 2009 et juin 2011.

RESULTATS : L'âge moyen de nos patientes est de 31 ans avec des extrêmes de 22 à 41. La gestité moyenne était de 4.3. Le terme moyen d'accouchement était de 36 SA. Les facteurs de risque d'hémorragie du post partum ont été répartis comme suit : Multiparité chez 40 patientes, macrosomie chez 20 patientes, travail prolongé chez 25 patientes, extraction instrumentale chez 15 patientes et utérus cicatriciel chez 10 patientes. Les facteurs de risque sont souvent intriqués. La voie d'accouchement est la voie basse dans 60% des cas. L'atonie utérine et les anomalies d'insertion placentaire sont les étiologies les plus fréquentes. Le traitement de 1ère intention après l'échec des ocytociques a été le Nalador qui a été efficace dans 83% des cas. Toutes nos patientes ont été transfusées par des culots globulaires et par du PFC. Le traitement chirurgical a été nécessaire chez 18 de nos patientes. La ligature des artères hypogastriques a été suffisante dans 08 cas, 3 cas de triple ligature, une hystérectomie d'hémostase a été nécessaire chez 7 patientes. Les indications de l'hystérectomie ont été réparties comme suit :

- Rupture utérine sans possibilités de réparation : 2 cas
- Placenta accréta : 2 cas
- Inertie utérine avec hémorragie massive et instabilité hémodynamique : 3 cas

Les suites opératoires ont été marquées par la survenue d'une infection chez 8 patientes : 5 cas d'endométrite, 3 cas d'abcès de paroi. Pas de complications thromboemboliques 18 patientes ont nécessité une hospitalisation en réanimation

Conclusion: L'hémorragie grave de la délivrance est une complication redoutable de l'accouchement qui met en jeu le pronostic fonctionnel et le pronostic vital maternel Les prostaglandines (Nalador) ont nettement amélioré le pronostic des hémorragies grave du post partum. Le principal facteur pronostique reste le délai de prise en charge. La chirurgie doit rester l'ultime recours, sans retard de décision.

P54. Les transfusions sanguines en obstétrique à propos de 68 cas.

C. Mrazguia, N.Bouchouicha, M. Reguaieg, A.Ajili. A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique hôpital régional de Nabeul. Tunisie.**

INTRODUCTION : Le milieu obstétrical prédispose à la transfusion sanguine en raison de la fréquence des hémorragies et des pathologies associées. Malgré les précautions prises, les risques résiduels persistent.

OBJECTIFS : Etudier les caractéristiques épidémiologiques de la transfusion sanguine au service de gynécologie obstétrique de Nabeul.

- Préciser la place de produits sanguins labiles dans la pratique obstétricale.

-Rapporter les accidents transfusionnels observés dans notre étude

PATIENTES ET METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 68 cas de transfusion sanguine colligés dans le service de gynécologie obstétrique de Nabeul sur une période de 1 an (2010).

RESULTATS : Les caractéristiques épidémiologiques des femmes transfusées en obstétrique :

L'âge moyen 33 ans, la multiparité (la gestité moyenne est de 4 et la parité moyenne est de 3.5) et les accouchements par voie basses (66.7% des femmes transfusées ont accouché par voie basse).

Les étiologies les plus fréquentes de transfusion sanguines sont :

- En pré partum : l'anémie chronique profonde (23 % des cas), l'hématome retro placentaire (17.3 %), le placenta prævia (14.2 %)
- En post partum : l'atonie utérine (36.4 %), les déchirures cervico vaginales (7.9 %), la rupture utérine (3.2 %).

Le taux moyen d'hémoglobine au cours de la transfusion a été de 5,4g/dl, les signes de mauvaise tolérance de l'anémie ont été présentes chez 100% des patientes.

L'évolution post transfusionnelle a été favorable chez toutes nos patientes avec amélioration du taux de l'hémoglobine et disparition des signes de mauvaise tolérance

Les produits transfusés ont été des culots globulaires parfois associés à du PFC

15 réactions transfusionnelles ont été observées et tous sont des réactions non hémolytiques (fièvre, frisson, urticaire...). Aucune réaction hémolytique d'incompatibilité transfusionnelle n'est constatée.

CONCLUSION : La transfusion sanguine reste fréquente en milieu obstétrical, cette solution qui est parfois l'ultime recours, peut être évitée par un meilleur suivi prénatal et une meilleure gestion des accouchements. Vu les risques de la transfusion, les indications doivent être bien réfléchies et leur pratiques doivent être bien codifiées et bien monitorées L'utilisation du fer intraveineux doit être aussi encouragée

P55. L'encéphalopathie de Gayet Wernicke, une complication des vomissements gravidiques : à propos d'un cas.

I.Brahem, C.Mrazguia, N.Bouchouicha, S. Armi, A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique, Hôpital régional de Nabeul. Tunisie.**

INTRODUCTION : Les vomissements gravidiques incoercibles « hyperemesis gravidarum » complique 0.5 à 2 % des grossesses. Ils représentent la première cause d'hospitalisation au premier trimestre de grossesse.

L'encéphalopathie carencielle de Gayet Wernicke est essentiellement due à un apport nutritionnel pauvre en vitamines. Elle est précisément liée à une carence prolongée en vitamine B1 (thiamine). L'expression clinique de ces encéphalopathies traduit le caractère diffus de la souffrance cérébrale et son développement rapidement progressif.

CAS CLINIQUE : Nous rapportons le cas d'une jeune parturiente primipare, âgée de 27 ans sans ATCD pathologiques notables, colligé au service de gyneco-obstétrique de Nabeul. Elle a été admise pour des vomissements gravidiques. L'examen clinique trouve la triade faite d'une confusion mentale, troubles oculo-moteurs et une ataxie. Le diagnostic d'encéphalite de Gayet Wernicke a été retenu devant la triade clinique, une IRM cérébrale normale et un dosage de Vit B1 abaissé. L'évolution était favorable sous traitement substitutif d'épreuve par la Vit amine B 1. La patiente a mené sa grossesse à terme donnant naissance par voie basse à un enfant bien portant.

CONCLUSION : A l'occasion de cette observation et une revue de littérature nous allons rappeler l'expression clinique de l'encéphalite de Gayet Wernicke, la démarche diagnostique ainsi que la conduite thérapeutique et le mode évolutif de cette maladie.

P56. Encéphalopathie de Gayet Wernicke et Grossesse : A propos d'un Cas.

K. Chtaraa ; H. Dammak, Olfa Turki¹, N. Khlaf-Bouaziz, Rania Allala¹, Hatem Ghadhoun¹, Rania Ammar¹, Fatma Medhioub¹ A. Chaaria ; C. Ben Hamida, H. Ksibi, H. Chelly, M. Bahloul, M. Bouaziz. **Service de réanimation médicale, CHU Habib-Bourguiba, route El Ain, 3029 Sfax, Tunisie**

INTRODUCTION: L'Encéphalopathie de Gayet Wernicke est rarement étudiée en réanimation. Nous rapportons un cas chez une femme enceinte

CAS CLINIQUE : Il s'agit de la patiente BF, âgée de 28 ans, G2 P1, admise dans le service de réanimation polyvalente de CHU Habib Bourguiba de Sfax pour prise en charge d'une altération de l'état de conscience dans un contexte de vomissement gravidique (1er trimestre). Son HDM remonte à 3 jours marquée par l'accentuation des vomissements, altération de l'état général et altération de l'état de conscience avec trouble visuels à type d'amaurose dans un contexte d'apyrexie. La patiente a nécessité une intubation et ventilation mécanique et sédation. Elle était stable sur le plan hémodynamique. Sur le plan biologique, on note une hyper leucocytose, une cytolysé hépatique sans insuffisance hépatique et une acidose métabolique compensée sans insuffisance rénale. L'échographie abdominale montre un foie de taille et d'écho structure normale sans dilatation des voies biliaires extra et intra hépatiques. L'utérus est de siège d'une grossesse mono fœtale évolutive. Le reste de l'examen est sans particularité. Une IRM cérébrale retrouve des hyper signaux en T2 et flair bilatéraux et symétriques des régions péri ventriculaires des thalamus, en péri aqueduc et au niveau du plancher de V4, des hyper signaux en T2 et flair bilatéraux et symétriques de quelques sillons corticaux pariétaux. C'est une topographie lésionnelle en faveur d'une encéphalopathie de

Gayet Wernicke. Le dosage de Vit B1 n'a pas été fait. L'évolution était marquée par l'absence de réveil, avortement à 16 SA puis décès dans un tableau de défaillance multi viscérale.

CONCLUSION : A l'occasion de cette observation et après revue de littérature nous allons rappeler l'expression clinique de l'encéphalite de Gayet Wernicke, la conduite thérapeutique et le mode évolutif de cette maladie.

P57. Démarche assurance qualité appliquée à la prise en charge de la douleur postopératoire de l'adulte.

Djaziri L, Kilani E, Ajili S, Zghidi SM, Jaoua H, Ben Fadhel K. **Sce Anesthésie Réanimation Hôpital Habib Thameur Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION: La douleur post opératoire n'a jusqu'à présent pas bénéficié d'une attention particulière de la part des soignants. Sa prise en charge a souvent été reléguée au second plan et noyée dans le contexte postopératoire. Le but principal de notre étude est l'amélioration de la prise en charge de la douleur postopératoire par la mise en conformité de nos pratiques avec les recommandations actuelles, l'amélioration des conditions d'exercice du personnel soignant en termes de simplicité et de clarté dans l'application des prescriptions et des surveillances.

MATERIEL ET METHODE : Nous proposons la mise en place d'une démarche de type assurance qualité dans sept centres hospitalo-universitaires du grand Tunis. Cette démarche débute par la réalisation d'une étude CAP (connaissance, attitude, pratique), transversale, descriptive, sous forme d'enquête auprès des médecins, des infirmiers, des techniciens d'anesthésie et des patients afin de réaliser le bilan initial des pratiques professionnelles du personnel soignant vis à vis de la douleur et de la satisfaction des patients. A partir des lacunes identifiées, des améliorations sont proposées à chaque étape du processus selon différents objectifs basés sur des indicateurs choisis pour suivre au mieux le plan d'action. Notre enquête représente l'étape initiale et indispensable à la mise en place d'un plan d'assurance qualité.

RESULTATS : 88% des malades déclarent avoir souffert en postopératoire, 33% des douleurs sont qualifiées d'intense à extrême. La surveillance systématique de la douleur n'est pratiquée que dans 10% des cas. L'EVS et l'EVA sont utilisées par moins de 5% des soignants. Les réajustements ont concerné 62% des patients, 45% étaient suffisants en rapidité et en qualité. En fin de compte, seuls 37% de nos malades ont été soulagés de façon correcte. Aucun malade n'a été informé de façon correcte sur la prise en charge de la douleur post opératoire. Les connaissances sont jugées bonnes chez 68% de nos soignants et les attitudes bonnes chez 68% des médecins. Seuls 33% des malades sont complètement satisfaits de nos prestations.

DISCUSSION : Au vu de l'analyse des résultats, huit dysfonctionnements sont mis en évidence. La DPO sévère est fréquente et sa surveillance est aléatoire. Les réajustements thérapeutiques sont insuffisants, les protocoles communs sont absents avec une mauvaise gestion des effets secondaires. En fin, la formation du personnel ainsi que l'information du patient sont insuffisantes. Afin d'améliorer la prise en charge de la DPO, nous avons proposé un plan d'action comportant 9 objectifs. Chaque objectif est associé à un ou plusieurs indicateurs.

CONCLUSION : Nous avons montré qu'il existait des lacunes dans la prise en charge de la douleur postopératoire. L'amélioration de cette prise en charge passe plus par la mise en place d'une organisation rigoureuse et son évaluation régulière que par le développement de nouvelles procédures antalgiques. Toutefois, seule la volonté de tous les soignants permettra d'organiser une prise en charge efficace dont le but ultime est l'amélioration du confort du patient.

P58. Pancréatite aiguë grave (PAG) d'origine hydatique: forme déroutante, étiologie rare.

Manai R, Beji O, Azouzi A, Hmouda H. **Service de réanimation médicale, CHU Sahloul, Sousse. Tunisie.**

INTRODUCTION : La PAG d'origine hydatique reste extrêmement rare. Son tableau clinique est parfois déroutant. Nous rapportons une observation de PAG d'origine hydatique tout en étayant les différentes hypothèses pathogéniques impliquées et les particularités thérapeutiques.

OBSERVATION : Il s'agit d'une patiente âgée de 49 ans, sans antécédent pathologique notable, admise en réanimation dans un tableau de défaillance multiviscérale. L'anamnèse révélait une histoire de douleurs abdominales diffuses apparues 24 h avant son hospitalisation, pour lesquelles un traitement symptomatique à base d'IPP, d'antispasmodique et d'huile de ricin lui a été prescrit avec une amélioration clinique.

Le jour de l'admission, la patiente a présenté une altération brutale de l'état de conscience avec révulsion des globes oculaires, mousses aux lèvres, arrivant aux urgences 30 min plus tard en état de mort apparente. L'examen a objectivé un coma profond (GCS 3), et une insuffisance circulatoire aigue grave justifiant l'intubation, la ventilation artificielle, une expansion volémique intensive, et la perfusion de catécholamines. Les diagnostics de choc septique à point de départ digestif, de choc anaphylactique et de pancréatite aigue étaient les hypothèses privilégiées. Une antibiothérapie urgente a été initiée. Le bilan biologique initial avait objectivé: une insuffisance rénale aigue, une rhabdomyolyse, une acidose métabolique sévère et une pancréatite aigue biologique (amylasémie: 2073 UI/l, lipasémie : 982 UI/l). La tomодensitométrie abdominale a confirmé une pancréatite stade E de Balthazar avec un index de sévérité scannographique à 8 et un kyste hydatique du foie du segment VIII de 8 cm de grand axe. L'échographie hépatobiliaire a confirmé l'affaissement du kyste (fissuration) ainsi que l'absence de pathologie lithiasique associée. L'évolution a été favorable ; sevrage de la ventilation artificielle à j6, sevrage des catécholamines à j4. L'indication du traitement antiparasitaire n'a pas été retenue.

DISCUSSION : Cette observation illustre le caractère déroutant de la PAG d'origine hydatique par la brutalité des signes neurologiques et de l'état de choc qui étaient au devant de la scène. Le diagnostic retenu était celui d'une PAG d'origine hydatique avec une défaillance multiviscérale (les autres causes ayant été éliminées), associée à un état de choc anaphylactique secondaire à la fissuration du kyste, l'origine médicamenteuse a été infirmée vu la discordance chronologique. L'étiologie septique primems à point de départ digestif semble peu probable du fait de l'absence d'arguments clinico-anamnestiques en faveur d'une infection évolutive ; les prélèvements microbiologiques étaient négatifs.

CONCLUSION : La PAG doit être évoquée et éliminée devant toute défaillance hémodynamique dans un contexte de douleur abdominale même fruste. Si l'étiologie hydatique reste inhabituelle et qu'elle pourrait faire discuter le problème du traitement antiparasitaire en période aigue et du traitement chirurgical du kyste dans un second temps, celui-ci reste surtout et avant tout symptomatique et sa précocité conditionne le pronostic vital.

P59. Facteurs pronostiques de la pancréatite aiguë grave en réanimation.

W. Sellami, M. Abid, H. Messoudi, Z. Hajjej, M. Nasri, H. Gharssallah, I. Labbène, M. Ferjani.
Service d'anesthésie réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis. TUNISIE

INTRODUCTION : La pancréatite aiguë grave (PAG) est une pathologie fréquente et dont l'incidence est en augmentation. Sa mortalité estimée à 30% peut atteindre 80% en cas de surinfection des coulées de nécrose (Réanimation 2008 ; 17 :768-74). Le but de ce travail est de déterminer les caractéristiques cliniques des patients hospitalisés en réanimation pour PAG et de préciser leurs facteurs pronostiques.

MATERIEL ET METHODES : Etude rétrospective réalisée entre janvier 2009 et janvier 2011 incluant tous les malades admis pour PAG au service de réanimation polyvalente de l'Hôpital Militaire de Tunis. Les paramètres démographiques, cliniques, biologiques et radiologiques ainsi que les données évolutives ont été répertoriés. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 17.

RESULTATS : Vingt-cinq patients ont été colligés dans cette étude. 80% des malades ont été admis initialement au service de chirurgie viscérale avant leur transfert en réanimation. L'âge moyen était de 47 ans. Le sex-ratio était de 0.40. Une ou plusieurs défaillances d'organes ont été retrouvés dans 65% des cas. Un stade E de la classification de Balthazar était retrouvé dans 82% des cas. L'étiologie de la PAG était dans la majorité des cas lithiasique ou en rapport avec une dyslipidémie. La mortalité globale était de 28% (7 patients). Cinq patients ayant une infection de coulées de nécrose sont décédés dans un tableau d'état de choc septique. L'analyse univariée a mis en évidence les facteurs pronostiques suivants: Age avancé, PAS < 90 mmHg, polypnée et hypoxémie ($PaO_2 < 60$ mmHg) à l'admission, le score de RANSON (>3), le milieu rural et l'oligurie et l'insuffisance rénale initiale (créatinémie >170 μ mol/l) avec un p significatif ($p < 0.05$). L'analyse multivariée a retenu la PAS < 90 mmHg initiale et le score de RANSON >3. (Tableau)

Facteurs pronostiques	RR	IC 95%
PAS < 90 mmHg	0.827	0.674- 1.015
Score de RANSON >3	1.725	1.246- 2.389

DISCUSSION ET CONCLUSION : Le pronostic de la PAG peut être amélioré par une meilleure prise en charge chez certains patients nécessitant un diagnostic précoce, un transfert rapide en milieu de réanimation notamment pour les plus grave d'entre eux afin d'optimiser les paramètres hémodynamiques et éviter la translocation bactérienne. Les traitements sont purement symptomatiques en essayant de limiter les causes d'infection nosocomiale et les motifs d'antibiothérapie.

P60. Place du Nalador dans la prise en charge des hémorragies graves du post partum.

Bouchouicha N, Brahem. I, C.Mrazguia, S.Armi, A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique, Hôpital régional de Nabeul. Tunisie.**

INTRODUCTION : La survenue des hémorragies de la délivrance reste encore un problème fréquent et grave dans notre pays. Elles constituent la première cause de mortalité maternelle. La prise en charge doit être multidisciplinaire et immédiate, dès le diagnostic posé. Actuellement, le traitement médical de référence, comporte l'utilisation d'un dérivé synthétique de la prostaglandine E2 (sulprostone, Nalador®) après échec des ocytociques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Notre étude est une étude rétrospective regroupant 40 cas colligés au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital régional de Nabeul sur une période de 2 ans allant du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2011. Il s'agit d'hémorragies graves de la délivrance ayant imposé le recours au Nalador.

RÉSULTATS : Il s'agit de 40 patientes dont 15 ont accouchées par voie basse et 25 ont accouchées par césarienne. L'âge moyen de nos patientes était de 27 ± 4.9 pour la voie basse et de 28.8 ± 6.4 pour les césariennes. On retrouve 7 patientes ayant un uterus cicatriciel dont 2 patientes ont accouché par voie basse et 5 patientes ont accouché par voie haute. Le délai moyen d'administration du Nalador était de 15 mn. Aucun effet secondaire grave (cardiovasculaire, bronchospasme) n'a été enregistré lors de l'administration du NALADOR. Le traitement a été efficace dans 85% des cas. Dans 2 cas nous avons eu recours à l'hystérectomie d'hémostase et la ligature des hypogastriques a été réalisé dans 4 cas. 20 cas ont nécessité le recours à la transfusion sanguine. La mortalité maternelle était nulle.

CONCLUSION : L'hémorragie grave de la délivrance est une complication redoutable de l'accouchement qui met en jeu le pronostic fonctionnel et le pronostic vital maternel. Le Nalador constitue une alternative dans la prise en charge des inerties utérines graves venant après les moyens classiques, sans trop tarder et à condition d'avoir une réanimation associée.

P61. Propofol Ce 50 For Loss of Consciousness According Schnider's Model: Influence Of Gender.

Ajili S, Zoghlami K, Zghidi SM, Jaoua H, Ben Fadhel K. **Service d'anesthésie réanimation hôpital Habib Thameur. Tunis. Tunisie.**

BACKGROUND: Schnider model remain rarely used and propofol concentration requirement are not well discussed. This useful model is accurate and facilitate the use of target-controlled infusion (TCI) avoiding adaptation of propofol concentration in site-effect 50% ($Ce\ 50\%$) to age and body mass index (BMI). In the other hand, the absence of precision may be affected by gender. Our aim was to determine $Ce\ 50\%$ of propofol using Schnider model for loss of consciousness ($Ce50\ LOC$) to assess gender influence.

METHODS: Forty patients undergoing elective abdominal surgery were recruited and assigned in two groups according to gender. A TCI of propofol was administered using Schnider's pharmacokinetic model. For each patient, target concentration of propofol was started from $Ce = 6\mu g/ml$. $Ce50\ loc$ was defined as the mean of independent crossover pairs within each group. Anaesthesia was continued at the discretion of the anaesthesiologist.

RESULTS: According to the up-and-down method of Dixon, loss of consciousness occurred when $Ce50\ LOC$ was $2,79\mu g/ml$ in F group and $3,86\mu g/ml$ in M group ($p=0.035$). Total dose of propofol injected were higher in women than in men with respectively $197\pm 19mg$ and $192\pm 21mg$ ($p=0.014$).

CONCLUSION: Our study encourages the implementation of gender as a covariate in propofol dosing schemes and computerized delivery systems especially in Schnider's model.

P62. Facteurs prédictifs des complications hémorragiques majeures chez les patients thrombopéniques en réanimation : Etude rétrospective de 113 cas.

Anis Chaari¹, Najla Ben Algia¹, Kamilia Chtara¹, Nada Tabebi¹, Fatma Medhioub¹, Rania Allala¹, Hatem Ghadhoune¹, Hssan Dammak¹, Mabrouk Bahloul¹, Mounir Bouaziz¹. **Service de réanimation polyvalente – CHU Habib Bourguiba – Sfax. Tunisie.**

BUT DE L'ETUDE : Identifier les facteurs prédictifs de survenue d'une complication hémorragique chez les patients ayant présenté une thrombopénie durant leur séjour en réanimation.

PATIENTS ET METHODES : Etude prospective déroulée sur une période de 6 mois (15/10/2009 - 15/04/2010). Tous les patients ayant présenté au moins un épisode de thrombopénie (< 100 G/l) durant leur séjour ont été inclus. Les complications hémorragiques majeures sont définies par la survenue d'un état de choc hémorragique.

RESULTATS : Durant la période d'étude 625 patients ont été admis en réanimation dont 113 patients (18,11 %) ont présenté au moins un épisode de thrombopénie < 100 G/l. L'âge moyen des patients inclus a été de 44 ± 22 ans. Le motif d'admission a été d'ordre médical pour 54 patients (47,8 %), chirurgical pour 28 patients (24,8 %) et traumatologique pour 28 patients (24,8 %). Le délai moyen d'installation de la thrombopénie a été de $2,3 \pm 4,5$ jours. Le taux moyen des plaquettes à la découverte de la thrombopénie a été de $75,3 \pm 22$ G/l. Les étiologies les plus fréquentes ont été le sepsis ou l'état de choc septique pour 66 patients (58,4 %) et l'hémorragie aiguë pour 39 patients (34,5 %). Durant le séjour en réanimation, les complications hémorragiques majeures ont été constatées chez 32 patients (28,3 %) : Hémorragies au niveau du site opératoire ou aggravation d'un saignement post-traumatique pour 24 patients (75 %) et hémorragie digestive pour 8 patients (25 %). En analyse univariée, ces complications étaient significativement plus fréquentes chez la catégorie traumatique (51,6 % Vs 19,5 % ; $p = 0,001$). Les patients ayant présenté ces complications avaient à l'admission un taux de prothrombine significativement plus bas ($48,4 \pm 16,7$ Vs $58,9 \pm 21$ % ; $p = 0,013$) alors que leur taux moyen de plaquettes a été comparable à celui des autres patients (respectivement 113 ± 88 Vs 179 ± 437 G/l ; $p = 0,406$). A l'admission, ces patients avaient également un taux moyen d'hémoglobine et d'hématocrite significativement plus bas (respectivement $9 \pm 2,21$ Vs $10,78 \pm 2,8$ g/dl ; $p = 0,002$ et $27 \pm 6,9$ Vs $32,3 \pm 8,7$; $p = 0,002$). La CIVD a été significativement plus fréquente à l'admission chez les patients ayant présenté des complications hémorragiques majeures (42,5 % Vs 20,54 % ; $p = 0,013$). Le recours à la transfusion a été significativement plus fréquent chez ces patients (43,8 % Vs 8,2 % ; $p < 0,001$). En étudiant les causes de thrombopénie, les hémorragies aiguës initiales étaient significativement plus pourvoyeuses de complications majeures secondaires par rapport aux autres patients (69,2 % Vs 6,7 % ; $p < 0,001$). Cependant, la mortalité n'a pas été différente entre les patients ayant présenté ces complications par rapport aux autres patients (respectivement 53,1 % et 55,6 % ; $p = 0,815$). En analyse multivariée, seule l'origine hémorragique de la thrombopénie a été identifiée comme facteur indépendant prédictif de complications hémorragiques majeures (OR = 61,03, IC95% [8,11 – 459,46] ; $p < 0,001$).

CONCLUSION : La thrombopénie est un désordre fréquemment rencontré en réanimation. Les complications hémorragiques sont significativement plus fréquentes chez les patients polytraumatisés par rapport aux patients médicaux ou chirurgicaux. La prise en charge rapide et adéquate réduit l'impact de ces complications sur la mortalité.

P63. Evolution du profil des patients admis en réanimation sur la période 1996-2010.

Hamouda Z, Dachraoui F, Ghedira F, Ben Abdallah S, Tilouch N, Mechri I, Messaoudi Y, Khelif M, Ouanes I, Ouanes Besbes L, F Abroug. **Service de Réanimation Polyvalente. CHU Monastir.**

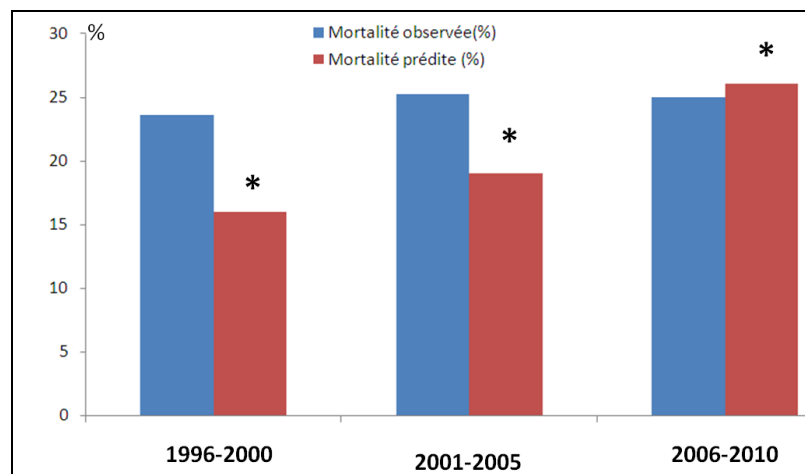
INTRODUCTION : En près de deux décennies, un changement perceptible semble avoir eu lieu concernant le profil des patients pris en charge en réanimation : âge, gravité et pronostic. Ceci pourrait refléter le vieillissement de la population en général amenant une plus grande fréquence de comorbidités.

OBJECTIF : Décrire l'évolution du profil des patients, les modalités de prise en charge et le devenir des patients hospitalisés en réanimation sur une période de 15 ans à la faveur de la transition épidémiologique connue par le pays.

PATIENTS ET METHODES : Nous avons interrogé une base de données incluant tous les patients consécutivement hospitalisés au service de réanimation polyvalente du CHU Monastir entre le 1^{er} janvier 1996 au 31 décembre 2010. Nous avons recueilli les caractéristiques démographiques (âge, sexe, comorbidités, SAPS II ...), les motifs d'hospitalisation, le mode d'entrée, les conditions ventilatoires à l'admission, les modalités de prise en charge et l'évolution. Les données démographiques des patients admis, le diagnostic principal, la gravité évaluée par le SAPSII et la mortalité prédite ont été comparés sur 3 périodes d'exercice : 1996-2000, 2001-2005, et 2006-2010.

RESULTATS : Durant la période d'étude 4293 patients ont été inclus, 62% de sexe masculin avec une augmentation progressive de la médiane d'âge des patients passant de 48 ans (IQR =40) en 1996 à 59 ans (IQR =33) en 2010 ($p<0,0001$). Le pourcentage des patients âgés de 80 ans et plus est passé de 3,2% en 1996 à 12,6% en 2010 ($p<0,0001$). La gravité des patients hospitalisés durant la période d'étude telle que reflétée par la mortalité prédite dérivée du SAPSII a subi une augmentation significative : 16% en 1996-2000, 18% entre 2001-2005 et 26% en 2006-2010 ($p<0.05$). La mortalité observée était sensiblement la même sur chacune des trois périodes avoisinant les 25% reflétant une amélioration de la mortalité standardisée (figure).

CONCLUSION : Cette étude confirme la variation du profil des patients admis dans notre réanimation sur la période d'étude avec une plus grande gravité des patients. La performance globale évaluée par la mortalité standardisée semble en amélioration.



P64. Impact de la réorganisation du service des urgences sur le fonctionnement du service de réanimation.

Ben Abdallah S, Dachraoui F , Ouanes I ,Hamouda Z, Tilouch N, Mechri I, Messaoudi Y ; Khelif M, Ouanes Besbes L ,F Abroug. **Service de Réanimation Polyvalente. CHU Monastir. 5000. Tunisie.**

INTRODUCTION : Le passage aux urgences des patients ultimement admis en réanimation peut impacter leur pronostic. En 2006, au CHU de Monastir, une réorganisation du fonctionnement du service des urgences a eu lieu (staff universitaire, résidents de médecine d'urgence, nouveaux locaux, etc.).

OBJECTIF : Évaluer l'impact de la réorganisation du SAU sur le recrutement et devenir à court terme des patients hospitalisés en réanimation médicale. **Patients et Méthodes :** Nous avons interrogé une base de données incluant tous les patients consécutivement hospitalisés au service de réanimation polyvalente du CHU Monastir entre le 1^{er} janvier 1996 au 31 décembre 2005(période I) et ceux hospitalisés entre le 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2010 (période II). Nous avons collecté chez tous les patients les données démographiques (âge, sexe, état de santé antérieur, antécédents), le mode d'entrée, le service et/ou hôpital d'origine, les conditions ventilatoires, le (ou les) diagnostic(s) principal (aux) retenu (s), la gravité à l'admission et le devenir en fin de séjour en réanimation. **Résultats :** 4293 patients ont été inclus (2962 patients durant la période I et 1331patients durant la période II). L'âge médian des patients était de 58 ans (IQR=36), 62% d'entre eux étaient de sexe masculin. Le tableau illustre la variation du mode de recrutement du service de réanimation durant les deux périodes d'étude. Les transferts internes à partir d'autres services du CHU ont augmenté, alors que les transferts secondaires à partir des hôpitaux de la région (SMUR) ont baissé les patients étant d'abord admis au service d'urgence. Une baisse importante des patients ayant une intoxication a été observée alors que ceux hospitalisés pour défaillance respiratoire ont été plus fréquemment admis en réanimation.

Tableau : Evolution du mode de recrutement du service de réanimation durant les 2 périodes d'étude

	Total n(%)	Période I n(%)	Période II n(%)	P
Service d'origine				
SAU	2122(50.2)	1436(49.1)	686(52.7)	<0.0001
SAMU	464(11)	377(12.9)	88(6.8)	<0.0001
Autres services	987(23.3)	621(21.2)	366(28.1)	<0.0001
Diagnostic				
Respiratoire	2505(58.4)	1622(54.8)	883(66.4)	<0.0001
Intoxication	372(8.7)	315(10.6)	57(4.3)	<0.0001

Les patients admis durant la période II étaient significativement plus graves (SAPS II médian passant de 26(IQR=23) à 30(IQR=19), $p<0.0001$), reflétant le lead-time bias. La mortalité en réanimation était similaire entre les deux périodes (25% VS 25.2%. $p=0.46$).

CONCLUSION : La réorganisation du service des urgences est associée à une variation du type de malades admis en réanimation, et leur gravité

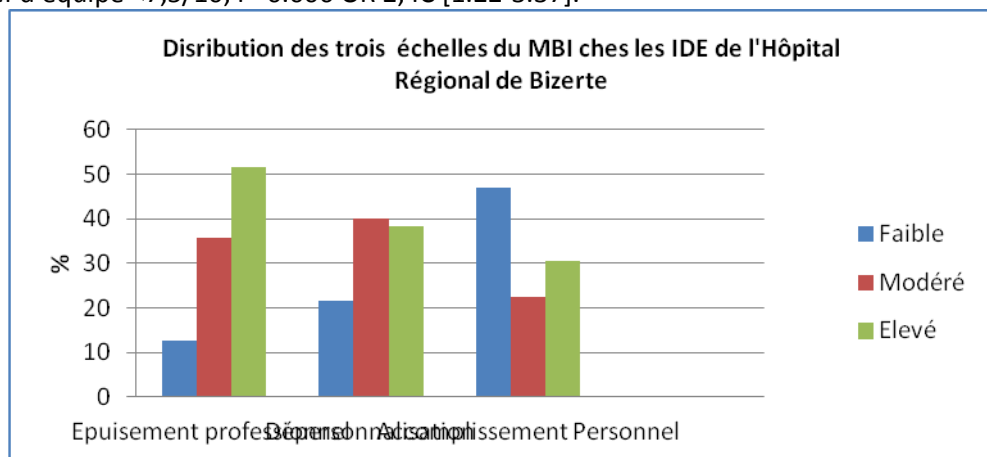
P65. Le BURNOUT des infirmiers à l'Hôpital Régional de Bizerte.

Blel Y, Ben Massoud J, Allouche W, Samet M, Ben Romdhane M, Bousbih I, Alaya S. **Service de Réanimation Médicale HR Bizerte. Tunisie.**

OBJECTIF : Le but de notre travail est de déterminer la prévalence et les facteurs de risque du burn-out chez les infirmiers de l'hôpital Régional de Bizerte.

MATERIEL & METHODE : Nous avons réalisé une étude à l'aide d'un questionnaire anonyme distribué dans tous les services d'hospitalisation de l'hôpital Régional de Bizerte. Le diagnostic du Burn-out a été fait en utilisant le score de « Maslach Burn-out Inventory » (MBI), ce score englobe 3 sous thèmes : l'épuisement émotionnel (SEP), la déshumanisation (SD) de la relation à l'autre et le degrés d'accomplissement personne (SAP). Afin de préciser les facteurs de risque du Burn-out nous avons réalisé une analyse multi-variée.

RESULTATS : Le taux de participation à notre enquête était de 73%, Il s'agit de 106 femmes (76,25%) et 33 hommes (23,75%), âgés de 38 ± 10 ans (24-60 ans), travaillant depuis 14 ± 11 ans. 41% du personnel ont subi au moins une agression durant les six derniers mois, 72% n'ont pas participé au paravent à un travail scientifique. Un score d'épuisement professionnel (SEP) élevé était retrouvé chez 51,5% des infirmiers sans relation avec l'âge, ni le niveau d'ancienneté. (Voir Figure) Afin d'améliorer leurs situation les soignants réclament une augmentation du salaire (87,8%), un congé (76%), une diminution du nombre de garde (63%), plus de participation aux formations (83%). 41% des infirmiers veulent changer de service et 13,7% veulent changer de métier. En faisant une analyse mono variée, les facteurs incriminés à la survenue d'un SEP élevé sont : la survenue d'une agression durant les six derniers mois, la survenue d'un conflit avec un collègue ou avec un médecin, une note qualifiant la relation avec le staff médical ou le chef d'équipe $< 7.5/10$ s collègues. En analyse multi variée, les facteurs indépendant prédictif d'un SEP élevé sont : la survenue d'une agression pendant le travail durant les six dernier mois, $P=0.0002$, OR= 1.9, IC [1.25-2.9], la survenue d'un conflit avec un collègue durant le dernier mois, $p < 10^{-3}$, OR 3.7, IC [1,7-7,9], une note qualifiant la relation avec le chef d'équipe $< 7,5/10$, $P=0.006$ OR 2, IC [1.22-3.37].



Disribution des trois échelles du MBI ches les IDE de l'Hôpital Régional de Bizerte

CONCLUSION : Un score d'épuisement professionnel élevé est retrouvé chez plus de un infirmier sur 2, les facteurs relationnels sont incriminés dans la survenue d'une Burn-Out élevé. Des efforts d'ordre organisationnels et de communication restent à fournir pour améliorer les conditions de travail.

P66. Stéatose hépatique aiguë gravidique : à propos de 16 cas et revue de la littérature.

M.Regaiég, C. Mrazguia, N.Bouchuicha, S Ghdes, A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital régional Med Tlatli Nabeul. Tunisie.**

INTRODUCTION : La stéatose hépatique aiguë gravidique (SHAG) ou maladie de Sheehan est une affection hépatique grave de la grossesse. Il s'agit d'une affection rare, d'étiologie inconnue, mais grave car elle engage le pronostic maternofoetal. Elle se caractérise par une infiltration graisseuse du foie : Stéatose micro-vacuolaire centro-lobulaire qui peut évoluer rapidement vers l'insuffisance hépatocellulaire

BUT : Evaluer le profil épidémiologique, les caractéristiques cliniques et par aciniques de cette affection. Etudier les modalités thérapeutiques de prise en charge.

PATIENTES ET METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à la maternité de Nabeul sur une durée de 3 ans : de juillet 2008 à juin 2011 incluant tout les cas de SHAG hospitalisés dans notre service.

RESULTATS

- Durant cette période nous avons colligés 16 cas de stéatose hépatique aiguë gravidique.
- L'âge moyen de nos patiente a été de 31 ans ; la parité moyenne a été de 2,2 ; le terme moyen de grossesse a été de 33 SA avec des extrêmes allant de 29 à 36 SA .
- Le tableau clinique a été dominé par des vomissements gravidiques du 3eme trimestre dans 87,5% des cas, syndrome polyuropolydypsiques dans 37,5% des cas, un ictère d'installation progressive dans 62,5%, une HTA a été observée dans 6 cas.
- La biologie a montré une cytolysé hépatique dans 14 cas (87,5%), une élévation de la bilirubine dans 50% des cas, une hyperleucocytose chez 10 patientes (62,5%), une chute du TP dans 27,7% des cas.
- L'échographie obstétricale a été réalisée dans tout les cas montrant une mort foetale in utéro dans 2 cas (12,5%) L'échographie hépatique n'a été réalisée que dans 14 cas montrant un foie d'aspect hyperéchogène 8 cas (57,14%). La PBF n'a été réalisée que dans 2 cas permettant de confirmer le diagnostic.
- L'accouchement a été effectué par césarienne dans 12 cas (75%). Nous avons noté 2 cas de mort foetale in utéro et un cas de décès néonatal dans un contexte de grande prématurité. 4 de nos patientes ont nécessité un séjour en réanimation, aucun cas de décès maternel n'a été observé.

CONCLUSION : La grossesse compliquée d'une stéatose hépatique aiguë gravidique est une grossesse à très haut risque materno-foetal justifiant ainsi une prise en charge pluridisciplinaire incluant gynécologue, réanimateur, pédiatre et spécialiste en gastrologie.

P67. Stéatose hépatique aiguë gravidique. À propos de 22 cas.

K. Chtaraa ; A. Chaaria ; H. Dammak, N. Khlaf-Bouaziz, C. Ben Hamida, H. Ksibi, H. Chelly, M. Bahloul, M. Bouaziz. **Service de réanimation médicale, CHU Habib-Bourguiba, route El Ain, 3029 Sfax, Tunisie**

OBJECTIF : Décrire les caractéristiques cliniques, détailler la prise en charge thérapeutique et dégager les éléments de mauvais pronostic maternel de la stéatose hépatique aiguë gravidique (SHAG) dans notre région.

PATIENTES ET METHODES : Étude rétrospective sur une période de 11 ans (1993–2003). Nos critères d'inclusion sont : un diagnostic de stéatose hépatique aiguë gravidique confirmée histologiquement et/ou un tableau typique d'insuffisance hépatocellulaire survenant au cours du troisième trimestre de grossesse.

RESULTATS : Nous avons colligé 22 patientes d'âge moyen de $30 \pm 5,4$ ans. Les patientes étaient multipares dans 77,3 % des cas. Le terme moyen de grossesse a été de $36 \pm 2,76$ SA (31 à 41 SA). Le fœtus était de sexe masculin dans 75 % des cas. La phase préictérique a été présente chez dix patientes (45,45 %), phase caractérisée par la présence de symptomatologie digestive (60 %). Quinze patientes ont développé un ictère soit à leur admission, soit durant leur évolution. À l'admission en réanimation le SAPS II moyen a été de $24,86 \pm 11,2$ points. Sur le plan biologique, le bilan hépatique était perturbé dans 100 % des cas. Nous avons noté une cytolyse hépatique dans 91 % des cas, une tendance à l'hypoglycémie dans 86 % des cas, une hypoprotidémie dans 66,7 % des cas, et une CIVD dans 32 % des cas. Durant leur séjour en réanimation, 19 patientes (86,4 %) ont développé une ou plusieurs défaillances viscérales associées à l'atteinte hépatique. Après un séjour moyen de 7,5 jours, l'évolution a été marquée par la mort de sept patientes (31,8 %). Les éléments corrélés avec un mauvais pronostic sont : le retard de prise en charge, l'installation de l'ictère, l'encéphalopathie hépatique, l'état de choc et la détresse respiratoire.

DISCUSSION ET CONCLUSION : La SHAG reste une pathologie grave. Le diagnostic à la phase préictérique et l'évacuation utérine précoce constituent les seuls éléments pouvant améliorer sensiblement son pronostic.

P68. L'hémorragie grave du post-partum: place du traitement chirurgicale.

M.Regagieg, C. Mrazguia, S Ghdes, N. Bouchuicha, A.FALFOUL. **Service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital régional Med Tlatli Nabeul. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'hémorragie grave du postpartum (HGPP) constitue l'urgence obstétricale type, elle reste encore la première cause de mortalité maternelle en Tunisie et dans le monde, malgré tout les progrès connus en réanimation, en chirurgie et en radiologie. Elle constitue une source importante de morbidité maternelle sévère qui a été estimée de 4.5 à 6.7 / 1000 accouchements. Le pronostic maternel dépend de la précocité et de la qualité de la prise en charge. Celle-ci doit être idéalement multidisciplinaire. Malgré les progrès connus des techniques médico-obstétricales, de la réanimation et de l'embolisation artérielle, le traitement chirurgical reste parfois la solution ultime pour faire face à une HGPP.

BUT : Notre étude a pour but de :

- Préciser la place du traitement chirurgical dans la prise en charge des HGPP.
- Évaluer les risques et les avantages de différentes techniques chirurgicales.

PATIENTES ET METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, réalisée à la maternité de Nabeul, menée sur une période de 3 ans (2009-2011) portant sur trente cas d'hémorragie grave du postpartum ayant échappé au traitement médical et obstétrical et nécessité le recours au traitement chirurgical. **RESULTATS :** Dans notre étude, l'incidence de HGPP était de 0,6%. L'âge moyen de nos patientes était de 30 ans avec des extrêmes allant de 16 à 43 ans. La parité moyenne était de 2,03. 84% de nos patientes étaient porteuses d'une cicatrice utérine. Les antécédents d'avortement et d'IVG étaient notés dans 16,6% et 10 % des cas. Les principales pathologies associées à la grossesse étaient la pré éclampsie (73,3%) et l'hématome rétro placentaire (93,3%). Les étiologies de l'HGPP étaient dominées par l'inertie utérine et les lésions génitales basses. Le traitement chirurgical conservateur a concerné 83,3 % des patientes opérées. La triple ligature vasculaire a été pratiquée chez 5 patientes. L'échec de cette procédure a été constaté chez deux patientes (2 cas d'atonie) nécessitant le recours à une LBAH qui était efficace pour arrêter l'hémorragie. La ligature bilatérale des artères hypogastriques a été pratiquée chez 24 patientes. On a noté deux cas d'échecs nécessitant le recours à une hystérectomie d'hémostase. Dans ces deux cas, l'HPP était liée à une atonie utérine compliquée d'une CIVD pour une patiente et un placenta accréta pour l'autre patiente. L'hystérectomie d'hémostase était indiquée en cas d'échec du traitement médical puis

chirurgical conservateur et parfois d'emblée si l'état hémodynamique était précaire ou lorsqu'il y avait un délabrement utérin important empêchant toute réparation. Dans notre série l'hystérectomie d'hémostase a été pratiquée dans 5 cas : 2 cas d'inerties utérines, un cas de rupture utérine associée à une déchirure vaginale, un cas de pathologie de l'hémostase et un cas de placenta accréta. Dans 3 cas le geste a été pratiqué de première intention. Dans notre série on n'a pas noté de lésion urétrale ou vésicale, ni de complications infectieuses, ni de reprise post opératoire pour toutes les patientes opérées. Durant la période d'étude, aucun décès maternel n'a été noté. **Conclusion :** Une prévention de l'hémorragie du post partum, une amélioration de la conduite obstétricale initiale, un diagnostic précoce, une prise en charge multidisciplinaire et une parfaite maîtrise des techniques chirurgicales par tout obstétricien sont les clés pour améliorer au mieux le pronostic de cette accident.

P69. Syndrome de défaillance multi viscérale révélant une maladie de Wegener compliquée d'un syndrome de Wallenberg.

W. Sellami, H. Messoudi, Z. Hajjej, M. Nasri, S. Ghariani, H. Gharssallah, I. Labbène, M. Ferjani.
Service d'anesthésie réanimation polyvalente Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis. Tunisie.

INTRODUCTION : La maladie de Wegener est une vascularite à expression multi systémique touchant l'adulte jeune, un syndrome de Wallenberg peut être révélateur de la maladie. L'atteinte neurologique de la granulomatose de Wegener (GW) est généralement accompagnée par une atteinte multi viscérale (*Carol. A. American journal of médecine 2003*).

OBSERVATION : Un homme de 49 ans aux antécédents de vitiligo, est hospitalisé initialement en neurologie pour exploration d'un syndrome de Wallenberg droit puis au service de réanimation polyvalente dans un tableau de défaillance multi viscérale (SDMV) associant un syndrome de détresse respiratoire aigue (SDRA), un coma , une insuffisance rénale aigue, un purpura thrombopénique généralisé et des ulcérations digestives avec déglobulisation. Devant ce tableau une maladie de système a été suspectée et un bilan immunologique a été réalisé montrant des C-ANCA type anti-protéinases 3 positive et le diagnostic d'une granulomatose type maladie de Wegener a été retenu. Le malade a été mis sous immunoglobulines, corticothérapie à dose curative, des immunosuppresseurs avec traitement symptomatique des défaillances multi viscérales. Après 45 jours d'hospitalisation en réanimation le patient a été mis sortant gardant comme séquelles un syndrome de Wallenberg, une baisse de l'acuité visuelle et une insuffisance rénale chronique à diurèse conservée. **CONCLUSION :** Notre cas montre qu'en milieu de réanimation, devant un SDMV une poussée aigue d'une vascularite doit être évoquée surtout devant une atteinte multi viscérale d'emblée.

P70. Patients atteints d'hémopathies malignes en réanimation : caractéristiques démographiques, cliniques, évolutives et facteurs pronostiques.

Belkhouja K, Hammami A, Sifaoui K, Marhbene T, Ben Romdhane K, Ben Khelil J, Besbes M.
Service de réanimation respiratoire – Hôpital A. Mami- Ariana – Tunisie

INTRODUCTION: Malgré les progrès considérables réalisés au cours des deux dernières décennies concernant le pronostic des patients atteint d'hémopathies malignes hospitalisées en réanimation. Ces derniers restent difficilement acceptés par certaines équipes de réanimation. Le but de l'étude était de déterminer les caractéristiques démographiques,

cliniques, paracliniques et évolutives, ainsi que les facteurs pronostiques des hémopathies malignes admises en réanimation.

MATERIELS ET METHODES: Etude rétrospective observationnelle, incluant tous les patients porteurs d'une hémopathie maligne, hospitalisés en réanimation, du 01 Mars 2006 au 29 Février 2012. Ont été recueillis, les paramètres démographiques, les caractéristiques de l'hémopathie, le score APACHE II, le score de SOFA à J1 et à J3 ainsi que sa variation Δ SOFA (J3-J1), les données cliniques, biologiques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives.

RESULTATS: Soixante et un patients ont été inclus. La médiane d'âge était de 35 ans. Les deux hémopathies les plus fréquentes étaient la leucémie aigue myéloïde (19 patients), et les lymphomes malins non Hodgkiniens (12 patients). Ces hémopathies ont été classées à haut grade chez 68,8% des patients. La médiane du délai de transfert en réanimation par rapport au début des symptômes était de 48 heures. L'insuffisance respiratoire aiguë était le principal motif d'admission (80,3 % des patients). Une leucopénie était présente chez 50,8 % des patients. Les moyennes de l'APACHE II et du SOFA à J1 étaient respectivement de $21 \pm 7,9$ et de $7 \pm 4,4$. La ventilation mécanique a été réalisée chez 59% des malades. Une antibiothérapie à large spectre a été administrée, à l'admission, chez 85,2% des patients. La médiane de la durée de séjour était de 5 jours et le taux de mortalité en réanimation était de 50,8%. Le SOFA à J3 et sa variation (Δ SOFA) étaient effectués chez 47 patients. Leurs moyennes étaient respectivement de $6,3 \pm 4,8$ et $0,15 \pm 3,1$. En régression logistique, un délai de transfert en réanimation ≥ 24 heures, l'altération de l'état général, le recours à la VM, un score de SOFA à J1 ≥ 8 , et Δ SOFA ≥ 0 , étaient les cinq facteurs indépendants prédictifs de mortalité en réanimation.

CONCLUSION: Les hémopathies malignes nécessitant l'hospitalisation en réanimation sont associées à une mortalité élevée. Les facteurs de mauvais pronostic sont en rapport avec le retard de transfert en réanimation, la gravité du tableau clinique initial et l'évolution du tableau clinique après 3 jours de réanimation agressive.

P71. Prééclampsie et pancréatite aiguë : à propos de deux cas.

Bouchouicha N, Brahem. I, C.Mrazguia, S.Armi, A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique, Hôpital régional de Nabeul. Tunisie.**

La pancréatite aiguë est une complication rare au cours de la grossesse dont les causes sont dominées par les lithiases des voies biliaires et les dyslipidémies. Parmi les autres causes, l'HTA gravidique est exceptionnellement décrite. La pré-éclampsie est associée à des anomalies microvasculaires qui peut impliquer tous les vaisseaux. Cette vascularite peut conduire à des troubles neurologiques, rénales, cérébrales, hépatiques et placentaires. Il est donc probable que les vaisseaux pancréatiques sont également modifiés. Nous rapportons deux cas de pancréatite aigue stade B scannographique dans les suites d'une toxémie gravidique sévère colligé au service de Gynécologie Obstétrique de Nabeul. Le diagnostic a été confirmé, comme dans les étiologies classiques, par la scanographie abdominale afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique. L'évolution était favorable sous traitement conservateur dans les deux cas.

P72. Hyperthyroïdie induite par l'amiodarone (à propos d'un cas).

I.Malajati, K.Lamzawak, H.Ezzouine, B.Charra, A.Benslama. **CHU. Ibn rochd, quartier dees hopitaux. Casablanca ; Maroc**

INTRODUCTION : L'amiodarone est un antiarythmique souvent prescrit dans le traitement des troubles de rythme cardiaque. L'hyperthyroïdie induite par l'amiodarone peut poser des problèmes diagnostics et thérapeutiques.

CAS CLINIQUE : Nous rapportons un cas d'hyperthyroïdie induite par l'amiodarone chez une patiente en acidocétose diabétique. Il s'agit d'une patiente âgée de 26 ans, connue diabétique depuis 10 ans sous insuline, et suivie en cardiologie pour insuffisance mitrale, sous Amiodarone 200 mg/j, depuis 8 mois. Admise pour acidocétose diabétique. L'examen Clinique trouvait une patiente obnubilée, polypneïque à 32 cycles/minute, SpO₂ à 97% à l'air libre, tachycardie à 112 battements/min, avec présence d'un pli cutané de déshydratation, la glycémie capillaire était à 4.50 g/dl, aux bandelettes urinaires : glycosurie 3 croix, cétonurie 3 croix. Le bilan biologique avait noté une insuffisance rénale : urée = 0,60 g/l et créatininémie = 16 mg/l. Le bilan étiologique à la recherche de la cause de décompensation a été réalisé ; notamment une radiographie du thorax, un examen cytobactériologique des urines, une échographie abdominale ; était sans particularité. Le traitement consistait en une réhydratation 5 l/j, une insulinothérapie 0.1 UI/kg/H avec monitoring horaire de la glycémie capillaire, protection gastrique, prévention de la maladie thromboembolique, avec maintien de son traitement à base d'Amiodarone 200 mg/j. L'évolution a été marquée par une amélioration sur le plan neurologique et métabolique à J2 d'hospitalisation, par ailleurs on a signalé une aggravation de sa tachycardie à 155 battements/min, l'ECG avait montré une tachycardie sinusale, l'écho-cœur était normale, un bilan thyroïdien a été réalisé, et a objectivé une hyperthyroïdie ; le taux de T4 libre était élevé, TSH était effondrée. Le bilan a été complété par une échographie cervicale et scintigraphie thyroïdienne qui étaient normales. Une hyperthyroïdie induite par l'amiodarone était le diagnostic le plus probable. L'amiodarone a été arrêté, et a été remplacé par le propranolol. L'évolution clinique était favorable : régression de la tachycardie, et la patiente a été déclarée sortante à J6 avec suivi régulier du bilan thyroïdien en consultation.

CONCLUSION : L'hyperthyroïdie induite par l'amiodarone est fréquente, d'où la nécessité d'une évaluation de la fonction thyroïdienne, avant et durant le traitement par amiodarone, pour adapter la conduite thérapeutique.

P73. Un surdosage en AVK révélant une tumeur péritonéale : à propos d'un cas.

O.Mathlouthi, K.Majed, A.Chargui, K.Zaouche, N.Mghaieth, A.Ben Hamida, C. Hamouda, N. Borsali-Falfoul. **Service des Urgences, hôpital la Rabta, Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : La prise en charge du surdosage en AVK a fait l'objet de recommandations bien codifiées concernant la prise en charge thérapeutique (traitement symptomatique et antagonisation). Par contre, la démarche diagnostique étiologique n'est pas encore consensuelle même si on admet que le saignement par surdosage en AVK touche essentiellement les tissus lésés. Nous rapportons le cas d'une patiente qui a présenté une ascite hémorragique par surdosage en AVK révélant une tumeur péritonéale.

OBSERVATION : Mme BH est âgée de 60 ans et a des antécédents de remplacement valvulaire mitral sous Sintrom® et insuffisance cardiaque. Elle a consulté les urgences à plusieurs reprises pour ascite qui a été ponctionnée ramenant un liquide séreux. Elle a reconsulté pour aggravation de sa dyspnée. L'examen a objectivé des signes d'insuffisance cardiaque globale

avec une ascite de grande abondance. Le bilan biologique a montré un surdosage en AVK avec un TP à 7% et un taux d'INR à 12. La ponction d'ascite a ramené un liquide hémorragique. Une TDM abdominale a été pratiquée objectivant une masse tissulaire de 10 cm de grand axe à base d'implantation péritonéale avec une carcinose péritonéale et multiples ganglions intra et rétropéritonéaux. La patiente a été adressée en carcinologie pour exploration et complément de prise en charge.

CONCLUSION: Toute hémorragie par surdosage en AVK doit faire rechercher les éléments anamnestiques, cliniques et paracliniques simples pouvant orienter vers de lésions organiques sous jacentes parfois graves.

P74. Le syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'enfant à propos de 14 cas.

I.Majdoub, S.Hadj Hamida, L.Gargouri, G.Tounsi, F.Turki, B.Mâalej, N.Ben Halima, A.Mahfoudh.
Service de pédiatrie, urgences et réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie.

INTRODUCTION : Le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) est un syndrome défini par des critères cliniques (début aigu < 7 jours), radiologiques (opacités radiologiques bilatérales diffuses), gazométriques (rapport $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$) et par l'absence d'argument pour une insuffisance ventriculaire gauche. Il concerne 1 à 5 % des patients hospitalisés dans les services de réanimation pédiatrique.

MATERIELS ET METHODES : Etude rétrospective à propos de 14 cas de SDRA de l'enfant colligés au service de pédiatrie, urgence et réanimation pédiatrique de l'hôpital Hédi Chaker de Sfax.

RESULTATS : Durant cette période, 13 cas de SDRA de l'enfant ont été reportés dont 9 garçons et 5 filles. L'âge moyen est de 1 an 5 mois avec de extrêmes d'âge allant de 25 jours à 8 ans. Des antécédents de prématurité a été noté dans 2 cas dont 1 avait une maladie des membranes hyalines ayant nécessité la ventilation mécanique. Le motif d'admission était la détresse respiratoire dans tous les cas évoluant dans un contexte fébrile dans 3 cas et des apnées dans 2 cas. Le rapport $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ variait de 55 à 119 mmHg. Les étiologies du SDRA étaient dominées par la bronchiolite dans 10 cas, une pneumopathie varicelleuse dans 1 cas et une pneumopathie bactérienne nosocomiale dans 1 cas. Sur le plan thérapeutique, tous les enfants ont été mis sous antibiotiques et corticoïdes. Le recours à une ventilation mécanique était nécessaire dans 12 cas (selon le mode conventionnel dans 10 cas et par oscillation à haute fréquence dans 2 cas). Deux patients ont reçu le monoxyde d'azote inhalé. Une ventilation non invasive était instaurée dans 1 cas et une simple oxygénothérapie par lunettes nasale dans 1 cas. L'évolution a été émaillée par des complications à types d'infection nosocomiale dans 6 cas, choc septique dans 3 cas, une thrombose veineuse sur cathéter central dans un cas.

CONCLUSION : Le SDRA de l'enfant se traduit cliniquement par une insuffisance respiratoire aiguë sévèrement hypoxémiant et qui impose souvent le recours à la ventilation artificielle. Les étiologies sont multiples et la pathogénie encore controversée. L'infection pulmonaire, principalement d'origine virale, reste la première cause incriminée.

P75. Evaluation de la prise en charge des pneumothorax au service des urgences.

M.Rezgui, R. Khlayfiya, Z Y Hechmi, H.Maghraoui, I. Zaghdoudi, Z .Jerbi. **Service des urgences et de réanimation, Hôpital Habib Thameur. Tunisie.**

INTRODUCTION: Le pneumothorax (PNO) spontané est une pathologie fréquente motivant la consultation au SAU. Le PNO spontané primitif (PSP) est plus fréquent, il touche l'adulte jeune avec poumons sains et est généralement de pronostic bénin. Le PNO spontané secondaire (PSS) survenant sur poumons pathologiques est de pronostic plus réservé.

BUT DU TRAVAIL : L'objectif de ce travail est de déterminer les modalités de prise en charge aux urgences des PNO spontanés

METHODES : Etude rétrospective menée sur quatre ans (2007 - 2010) colligeant tous les patients adultes admis au SAU pour PNO spontané.

RESULTATS : 31 patients colligés, d'âge moyen $37,5 \pm 2,5$ ans et de sex-ratio 30 (30H/1F). Nous avons retenu 24 cas de PSP dont 4 patients admis pour première récurrence de PNO et 7 cas de PSS dont 5 patients ayant des antécédents de BPCO, un patient ayant un syndrome de Marfan et un patient ayant une tuberculose pulmonaire évolutive.

La radiographie du thorax a montré une localisation droite pour 20 patients et gauche pour 11 patients. Elle a montré un PNO partiel pour 2 patients, total et complet pour 19 patients, total et incomplet pour 7 patients et compressif pour 3 autres. La TDM thoracique a été réalisée chez 13 patients dans le cadre du bilan lésionnel, elle a objectivé des bulles d'emphysème pour 9 patients et la présence de blebs pour un seul patient.

Le traitement a consisté en un drainage thoracique intercostal d'emblée pour 30 patients : drain pleural par voie axillaire pour 27 patients et pour les 3 autres on a utilisé un pleurocathéter par voie antérieure. Une abstention a été indiquée dans un seul cas où le patient a présenté un PNO partiel. La durée moyenne d'hospitalisation était de $10,8 \pm 1,37$ j. Nous avons noté une issue favorable avec retour du poumon à la paroi pour 21 patients et la persistance du décollement chez 10 patients: 6 patients ont été transférés au service de chirurgie thoracique, 3 patients sont mis sortant avec un décollement minime et un suivi à la consultation externe du service et 1 patient adressé en chirurgie thoracique jugé non opérable (BPCO avec emphysème Centro-lobulaire massif).

CONCLUSION : Le drainage thoracique par un drain pleural classique est la méthode de choix. La mise en place d'un pleurocathéter représente une alternative moins invasive.

P76. La ventilation non invasive en réanimation médicale (étude rétrospective a propos de 74 cas)

I.Malajati, K.Lamzawak, H.Ezzouine, B.Charra, A.Benslama. **Service de Réanimation Médicale du CHU de Casablanca; Maroc**

La ventilation non invasive est probablement l'un des progrès majeurs des dernières années dans le traitement des détresses respiratoires au service de réanimation.

LE BUT DE CE TRAVAIL était d'évaluer l'efficacité de la VNI dans le traitement des détresses respiratoires et montrer sa place comme un mode d'accompagnement et de préoxygénation avant intubation au sein de service de réanimation médicale du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

PATIENTS ET METHODES : C'est une étude rétrospective s'étalant de Mars 2009 à Novembre 2010.

RESULTATS : Soixante quatorze patients ont reçu ce mode de ventilation suite à des étiologies diverses ; 8 patients (10,8%) ayant un AVCI comme un mode d'accompagnement, en préoxygénation avant intubation chez 7 patients (9,5%) et 59 patients (79,7%) comme un

mode d'aide respiratoire : pneumopathie hypoxémiante chez 14 patients (18,9%), OAP cardiogénique chez 12 patients (16,2%), décompensation aiguë de BPCO chez 10 patients (13,6%), IRA hypoxémiante chez 5 patients (6,8%), asthme aigu grave chez 4 patients (5,4%), post-opératoire chez 4 patients (5,4%), prévention de l'IRA post-extubation chez 4 patients (5,4%), sevrage de la ventilation invasive chez 3 patients (4%), MNM chez 2 patients (2,7%) et un seul traumatisé thoracique fermé. Tous les patients ont bénéficié d'une VNI conduite en mode spontané en pression positive avec aide inspiratoire (VS + PEEP +AI) et d'un traitement médical en fonction de l'indication. L'efficacité de la VNI chez les 59 patients a été jugée sur l'évolution des paramètres cliniques et gazométriques. L'amélioration a été observée chez 41 patients (69,5%) contre 18 patients (30,5%) qui se sont aggravés sous ce mode de ventilation. L'application de la VNI pour la pneumopathie hypoxémiante a été le succès chez 8 patients (57%) contre l'échec chez 6 patients (43%). Pour l'OAP l'application a été couronnée succès chez 9 patients (75%) contre (25%) d'échec chez 3 patients. Pour la BPCO, 7 patients (70%) se sont améliorés contre l'aggravation de 3 patients (30%). Pour l'IRA hypoxémiante, 3 patients (60%) se sont améliorés contre 2 patients (40%). Pour l'asthme, les 4 patients (100%) se sont améliorés. En post opératoire, 3 patients (75%) se sont améliorés contre un seul patient (25%) s'est aggravé. Pour la prévention de l'IRA post-extubation, 2 patients se sont améliorés contre 2 qui se sont aggravés (50% vs 50%). En sevrage de la ventilation invasive, les 3 patients (100%) se sont améliorés. Pour les MNM, 1 patient s'est amélioré contre un qui s'est aggravé. Un seul traumatisé thoracique fermé qui est bien amélioré. On a trouvé que la VNI a été efficace en valeur absolue dans l'OAP, la décompensation de BPCO, l'asthme, en post-opératoire et dans le sevrage de la ventilation invasive, mais la non significativité a été du probablement à la petitesse de notre échantillon. Les complications de la VNI étaient dominées par les érythèmes de la face (47,2%), la sécheresse buccale (14,8%), les douleurs nasosinusiennes (14,8%), la distension gastrique (12,6%) et les otalgies (9,4%). 6 patients (10%) sont intubés-ventilés puis bien améliorés par contre, 12 patients (20,5%) sont intubés-ventilés puis décédés secondairement à des causes multiples.

CONCLUSION : Notre étude vient corroborer l'efficacité de la VNI dans la prise en charge des OAP, les BPCO, l'asthme, en post-opératoire et en sevrage de la ventilation invasive.

P77. Nouveau score de gravité de la crise d'asthme. Comparaison avec les scores Fishl et Salmeron.

Chouchene I, Ben Saida I, Bouguerra N, Ayachi J, Farjallah A, Ben Anaya N, Hafdhouni N, Bouchoucha S. **Service de medecine intensive – CHU F. HACHED – SOUSSE. Tunisie.**

De nombreuses échelles de gravité sont proposées dans l'évaluation de la gravité de la crise d'asthme. Elles font appel à multiples paramètres cliniques et paracliniques diversement combinés.

OBJECTIF : Comparer les performances d'un nouveau score strictement clinique et comportant un minimum de paramètres aux scores les plus couramment utilisés à l'heure actuelle : score de Fishl et score de Salmeron.

MATERIELS ET METHODES : Etude prospective menée de Novembre 2008 à Mai 2009 au CHU F. Hached (Sousse) dans les services de Médecine Intensive, des urgences et de pneumologie et incluant 100 patients successifs en crise d'asthme sévère ou modérée ; ont été exclus les sujets intubés et ventilés et ceux porteurs d'une BPCO ou d'une cardiopathie associée à la maladie asthmatique. Les données sont recueillies par une seule et même personne sur fiche comportant les paramètres des scores de Fishl et de Salmeron et ceux retenus pour le nouveau score classé chacun en 5 niveaux de sévérité croissante : débit de parole, niveau de perception du MV à l'auscultation pulmonaire, intensité du « tirage » et de la sibilance. Le recueil des données est effectué en 2 temps ; avant (H0) et après traitement d'une heure (H1) comportant

pour chaque patient une oxygénothérapie de 8 à 10l/min, associée à une nébulisation de Terbutaline (5mg/2ml) ou de Salbutamol à 0.5% (5mg/ml) et l'administration de 100mg d'hémisuccinate d'hydrocortisone. Les scores obtenus sont analysés par le coefficient Rho de Spearman en référence au degré de détresse respiratoire classé en 4 stades en fonction de la sévérité de la dyspnée, de l'importance de la polypnée et de la présence ou non de signes cliniques d'hypoxémie

RESULTATS :

	H0 (p)	H1 (p)
Nouveau score	0.771 ($<10^{-3}$)	0.950 ($<10^{-3}$)
Score de Fishl	0.482 ($<10^{-3}$)	0.881 ($<10^{-3}$)
Score de Salmeron	0.585 ($<10^{-3}$)	0.932 ($<10^{-3}$)

Coefficient de corrélation Rho de Spearman des scores étudiés avec le degré de détresse respiratoire avant et après traitement d'une heure.

CONCLUSION Le nouveau score proposé présente un meilleur coefficient de corrélation avec le degré de détresse respiratoire que les scores de Fishl ou de Salmeron. Cette supériorité est vérifiée avant et après traitement. Le nouveau score offre également l'avantage d'être rapidement réalisable et exclusivement clinique, ne nécessitant ni dispositifs instrumentaux ni examens paracliniques.

P78. Les sujets âgés hospitalisés aux soins intensifs des urgences pour dyspnée : A propos de 122 cas

Chakroun O.⁽¹⁾, Nasri Ab.⁽¹⁾, Chaari L.⁽¹⁾, Rejeb I.⁽¹⁾, Chaari An.⁽²⁾, Ben Algia N.⁽²⁾, Jammali Ch⁽¹⁾, Ksibi H⁽¹⁾, Chaari Ad⁽¹⁾, Bouaziz M.⁽²⁾, Rekik N.^{(1) (1)} **Service des urgences et SAMU04 Sfax, CHU Habib Bourguiba Sfax ; ⁽²⁾ Service de réanimation polyvalente, CHU Habib Bourguiba Sfax. Tunisie.**

INTRODUCTION : Le but de ce travail est de décrire les caractéristiques démographiques des sujets âgés de 65 ans ou plus hospitalisés aux soins intensifs des urgences pour dyspnée. Nous allons également essayer de relever les différents diagnostics étiologiques et les paramètres prédictifs de mortalité aux urgences.

PATIENTS ET METHODES : Etude rétrospective durant l'année 2011 de tous les patients âgés de 65 ans ou plus, hospitalisés aux soins intensifs des urgences durant la période d'étude pour une dyspnée. Elles ont été exclues les dyspnées d'origine traumatiques.

RESULTATS : Nous avons inclus 122 dossiers. L'âge moyen a été de $75,9 \pm 7,3$ ans (médiane 75 ans). Le sex-ratio a été à 1,4. La sensation de dyspnée invalidante a été le motif principal de consultation aux urgences pour 110 patients (90,2%) et a été au deuxième plan chez les autres patients. L'examen clinique à l'admission a objectivé des signes de lutte respiratoire chez 66 patients (54,1%), des signes d'encéphalopathie hypercapnique chez 3 patients (2,5%) et une $SpO_2 < 92\%$ chez 74 patients (60,7%). Un syndrome choc a été présent chez 25 patients (20,5%) et la pression artérielle systolique a été inférieure à 90mmHg chez 4 patients (3,3%). Le score de Glasgow moyen a été à $13,6 \pm 2,4$ points, il a été inférieur à 9 points chez 6 patients (4,9%). Une radiographie thoracique a été réalisée pour 98 patients (80,3%), elle a été normale chez 8 patients (6,6%). Le syndrome alvéolaire a été la pathologie la plus fréquente (46 patients, 37,7%). Un scanner thoracique a été réalisé chez 6 patients. Une intubation a été

nécessaire pour 27 patients (22,1%), une VNI chez 8 patients (6,6%), des diurétiques chez 65 patients (53,3%), des antibiotiques chez 50 patients (41%) et des catécholamines chez 26 patients (21,3%). Le diagnostic étiologique retenu a été une cause cardiogénique chez 56 patients (45,9%), une décompensation aiguë d'une insuffisance respiratoire chronique chez 30 patients (24,6%), une cause infectieuse chez 15 patients (12,3%), une cause neurologique chez 4 patients (3,3%). Une sortie a été possible pour 43 patients (35,2%). Le taux de mortalité a été à 28,7%. Les facteurs prédictifs de mortalité ($p < 0,05$) ont été : la fréquence respiratoire élevée ($p = 0,03$), la $SpO_2 < 92\%$ ($p = 0,001$), le score de Glasgow bas ($p = 0,006$), l'absence d'étiologie évidente à la dyspnée ($p = 0,002$) et la nécessité de recours à l'intubation, au remplissage ou aux catécholamines.

CONCLUSION : La dyspnée est un motif fréquent de consultation aux urgences. Chez les sujets âgés, il est souvent trompeur et il est indispensable d'agir au plus vite et de rechercher une étiologie surtout extra-thoracique pour améliorer le pronostic.

P79. Présentations cliniques et démarche diagnostique au cours de l'embolie pulmonaire.

E. Tangour, MA. Baccar, B. Ourari Dhahri, J. Ben Amar, H. Zaibi, Y. Farah, S. Azzabi, H. Aouina, L. El Gharbi, H. Bouacha. **Service de Pneumologie, Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : Les signes cliniques au cours de l'embolie pulmonaire sont d'une faible sensibilité et spécificité pour le diagnostic s'ils sont utilisés isolément. Même si elle reste fréquemment sous-diagnostiquée l'embolie pulmonaire est souvent recherchée par excès avec un surcoût non négligeable.

BUT : Analyser les présentations cliniques des embolies pulmonaires prises en charge à notre service et évaluer l'intérêt des scores de probabilité clinique dans la démarche diagnostique de l'embolie pulmonaire.

METHODES: Etude rétrospective ayant inclus 100 patients pris en charge à notre service entre 1997 et 2012. Ces patients ont été répartis en deux groupes: 72 malades chez qui le diagnostic a été confirmé par un examen de référence (Groupe 1) et 28 malades ayant été traités sans confirmation diagnostique (Groupe 2). Les scores de Wells et de Genève ont été calculés. Le test de Chi 2 a été appliqué aux 2 groupes pour ces deux scores.

RESULTATS : La moyenne d'âge de nos patients était de 54,91 ans. Cinquante-quatre pour cent des malades étaient de sexe masculin. Un tabagisme était retrouvé chez 49,5% des patients. Les comorbidités les plus fréquemment retrouvées étaient la BPCO (24 cas), des antécédents de maladie veineuse thrombo-embolique (19 patients) et les antécédents de tuberculose (11 cas). Sur le plan fonctionnel, la dyspnée et les douleurs thoraciques étaient les symptômes les plus fréquemment rapportés. Sur le plan para-clinique, une hypoxémie était retrouvée chez seulement 40 malades et une hypocapnie était notée chez 53 patients. La radiographie du thorax était anormale chez 69 patients. Elle montrait une ascension de la coupole diaphragmatique chez 9 patients, une pleurésie chez 32 patients, un infarctus pulmonaire chez 6 malades et une atélectasie dans 22 cas. L'ECG montrait une tachycardie sinusale chez 53 patients et des signes droits dans 35 cas. L'embolie pulmonaire était confirmée par un examen de référence chez 72 patients (Groupe 1) et le diagnostic a été retenu sur des éléments de présomption chez 28 patients (Groupe 2). Nos deux groupes étaient comparables sur le plan âge, sexe et intoxication tabagique. Sur le plan fonctionnel, les douleurs thoraciques étaient significativement plus fréquentes ($p = 0,002$) chez les patients du premier groupe. La dyspnée, l'hémoptysie et la tachycardie étaient présentes de façon similaire dans les deux groupes. Sur le plan gazométrique, il n'y avait pas de différence entre les deux groupes concernant la PaO_2 ou la $PaCO_2$ moyenne. Il n'existait pas de différence significative des scores de probabilité clinique entre les deux groupes.

CONCLUSION : L'embolie pulmonaire demeure une pathologie fréquente, grave et sous diagnostiquée. Les scores de probabilité peuvent être des moyens simples pour aider le praticien à adopter la démarche diagnostique la plus efficace et la moins coûteuse.

P80. Insuffisance respiratoire aiguë d'origine neuromusculaire: étude monocentrique rétrospective.

Merhabene T, May F, Hammami A, Belkhouja K, Ben Romdhane K, Ben khélil J, Besbes M.
Service de Réanimation médicale, hôpital Abderrahmane Mami, Ariana, Tunisie.

INTRODUCTION : Le cours évolutif des atteintes neuromusculaire est souvent marqué par des épisodes de détresse respiratoire nécessitant l'admission en réanimation. Depuis l'introduction de la ventilation non invasive dans l'arsenal thérapeutique des décompensations aiguës et comme moyen de ventilation artificielle au long cours, on a noté une amélioration considérable dans la survie et la qualité de vie de ces patients. Le but de cette étude était de décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives des patients neuromusculaires admis en réanimation ainsi que les facteurs prédictifs de ventilation artificielle au long cours.

PATIENTS ET METHODES : Etude rétrospective observationnelle, incluant tout patient porteur de pathologie neuromusculaire, hospitalisé en réanimation, du 01 janvier 2000 au 30 septembre 2012. Ont été recueillis, les paramètres démographiques, les caractéristiques de la maladie neuromusculaire, les données cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

RESULTATS : 38 patients étaient inclus dans notre série, le sexe ratio était de 0,69. La moyenne d'âge de nos patients était 29 ± 17 ans. Les maladies sous jacentes étaient respectivement : une myopathie (16 patients), une myasthénie (10 patients), une sclérose latérale amyotrophique (11 patients) et une amyotrophie spinale (1 patient). 8 patients étaient déjà ventilés à domicile dont 6 trachéotomisés. A l'admission en réanimation, la médiane du score de Glasgow était de 13. 35 patients avaient une atteinte bulbaire associée. La moyenne du pH était $7,32 \pm 0,15$, celle de la PaCO_2 $61,1 \pm 37$ mm Hg. La moyenne du $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ était 218 ± 109 . 10 patients étaient admis dans un tableau de syndrome de détresse respiratoire aiguë. 34 patients ont nécessité le recours à la ventilation mécanique dont 13 de façon non invasive. La durée moyenne de ventilation mécanique était $13,2 \pm 10$ jours. La cause de décompensation la plus fréquemment retrouvée était une origine infectieuse (69,2%). Le germe prédominant était le pneumocoque (12,9%). 11 patients ont développé une pneumonie acquise sous ventilation mécanique. Une évolution vers un choc septique était observée chez 3 patients. La médiane de la durée de séjour en réanimation était 14 ± 20 j. Le taux de mortalité observé était 7,7%. A la sortie, 18 patients (47%) étaient ventilés à domicile de novo dont 9 moyennant une trachéotomie.

En analyse univariée, les facteurs prédictifs de recours à la ventilation artificielle au long cours étaient un $\text{pH} \leq 7,32$ et une $\text{PaCO}_2 \geq 44$ mm Hg à l'admission.

CONCLUSION Le diagnostic d'insuffisance respiratoire aiguë secondaire à une atteinte neuromusculaire ne doit plus faire récuser l'admission en réanimation, en effet notre étude montre que la mortalité de ces patients reste faible. Leur passage en réanimation nécessite fréquemment une ventilation mécanique au long cours. Le facteur prédictif de cette évolution était la présence d'une hypoventilation alvéolaire et l'acidémie respiratoire.

P81. Comparaison entre les deux laryngoscopes *McCoy* et *Macintosh*.

Zoghlami K, Ajili S, Zghidi SM, Jaoua H, Ben Fadhel K. **Sce Anesthésie Réanimation Hôpital Habib Thameur Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'intubation difficile est une réalité assez fréquente dans le domaine de la réanimation et de l'anesthésie. Des algorithmes ont été élaborés par les sociétés savantes pour faire face à ces situations, et de nouveaux laryngoscopes et lames ont été commercialisés ces dernières années. Cependant leur place dans ses algorithmes reste à discuter.

Nous nous proposons dans cette étude de comparer deux laryngoscopes : *McCoy* et *Macintosh*.

MATERIEL ET METHODES : L'étude a inclus 30 patients âgés de 18 à 75 ans, ASA1 ou 2 nécessitant une anesthésie générale avec intubation orotrachéale. Ils ont été répartis en deux groupes : les premiers ayant une laryngoscopie initiale avec *Macintosh*, puis une laryngoscopie et une intubation avec *McCoy*. Ceux du deuxième groupe ont eu une laryngoscopie initiale avec *McCoy* puis une laryngoscopie et une intubation par *Macintosh*. Nous avons comparé les vues obtenues lors de la laryngoscopie avec *McCoy* (position neutre et active) par rapport à celles obtenues avec *Macintosh*.

RESULTATS : Le levier *McCoy* a été activé à 30 occasions et a amélioré la vue dans 28 cas, celle-ci n'étant significativement supérieure à la vue par *Macintosh* que dans un seul cas (*Cormack* IV à *Cormack* III). En outre *McCoy* en position neutre a donné une vue plus mauvaise que *Macintosh*.

DISCUSSION : Nombreuses études ont montré plusieurs avantages de *McCoy* surtout la stabilité hémodynamique et pour les patients ayant une limitation de l'extension du cou chez qui on obtient une meilleure vision glottique par rapport à la lame conventionnelle de *Macintosh*.

CONCLUSION : Cette étude ne présente aucun indicateur pouvant suggérer que le *McCoy* soit un complément (une addition) utile pour l'intubation trachéale. Mais au contraire, il reste la technique de référence chez les patients qui présentent des critères d'intubation difficile.

P82. Les éléments de pronostic des décompensations aiguës des bronchopneumopathies chroniques (BPCO).

L.Kammoun (1)-A.Nasri (1)-R.Ammar (2)-F.Medhioub (2)-O.Chakroun(1)- I.Rjab(1)-Bouaziz(2)-Ad.Chaari(1)-N.Rekik(1). **(1) Service des urgences et SAMU EPS Habib Bourguiba Sfax. (2) Service de Réanimation Médicale EPS Habib Bourguiba Sfax. Tunisie.**

INTRODUCTION: La décompensation aiguë d'une BPCO est une cause fréquente d'hospitalisation en unité de soins intensifs des urgences. Elle représente une cause majeure de morbidité et de mortalité

LE BUT de notre travail est de déterminer les facteurs prédictifs de mortalité des décompensations aiguës d'une BPCO aux urgences.

PATIENTS ET METHODES: Etude rétrospective portant sur 154 épisodes d'exacerbation de BPCO chez 117 patients admis dans l'unité d'hospitalisation des urgences sur une période de 3 ans. Nous avons recueillis l'ensemble des données démographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives. Une analyse statistique univariée a été réalisée afin de déterminer les éléments de pronostic.

RESULTATS : 154 épisodes chez 117 patients (148 hommes et 6 femmes), l'âge moyen = $69,9 \pm 10,2$ ans, le SAPSII moyen = $42 \text{ points} \pm 15,4$. La mortalité a été de 42,9% (66 patients). Les facteurs liés à une mortalité accrue de façon statistiquement significative ($p < 0,05$) sont : un

score de Glasgow bas, un SAPS II élevé, un état hémodynamique précaire (arrêt circulatoire ou état de choc), la survenue d'une complication (pneumothorax, insuffisance rénale aigue) et une durée de séjour prolongée en unité de soins intensifs.

CONCLUSION : La mortalité au cours des décompensations aiguës de BPCO reste élevée. L'existence d'une détresse vitale au cours des décompensations aiguës de BPCO constitue un facteur de mauvais pronostic.

P83. Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil chez l'enfant

I.Lahmar, S. Tilouche, J.Bouguila, N.Soyah, A. Tej; A. Abdelghni*, L.Bouhamoura. **Unité de réanimation pédiatrique du service de Pédiatrie, Farhat Hached Sousse. Tunisie.**

INTRODUCTION : La prévalence du syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) chez l'enfant est estimée à 2% avec un pic de fréquence entre 2 et 6 ans. Ce syndrome peut être responsable d'une hypoxie chronique, exposant à des complications cardiovasculaires, et pouvant retentir sur le développement staturo-pondéral et psychomoteur de l'enfant. A l'occasion d'une observation, nous proposons de rappeler les particularités cliniques et les complications de ce syndrome.

OBSERVATIONS : Observation 1 : Nourrisson âgé de 9 mois admis pour hypotrophie et broncho-pneumopathie à répétition. A l'examen on trouve un nourrisson hypotrophe ayant une dysmorphie faciale, microcéphalie, retard des acquisitions psychomotrices et une hypertrophie amygdalienne avec ronflement nocturne. L'enregistrement de la saturation nocturne note une désaturation nocturne prolongée (7 heures) avec une saturation moyenne de 66%. Enregistrement polysomnographique : présence d'un SAOS sévère. L'échographie cardiaque retrouve une HTAP. La conduite était de mettre le nourrisson sous CPAP avec masque facial la nuit. Une intervention a été proposée mais refusée par les parents. L'évolution était marquée par une amélioration du ronflement avec gain pondéral sous CPAP. Observation 2 : Enfant âgé de 12 ans admis dans un tableau d'insuffisance cardiaque droite. L'examen retrouve un nanisme (Taille : - 6,8DS), dysmorphie faciale, ronflement nocturne, œdème au niveau des membres inférieurs, hépato splénomégalie. La radiographie du thorax objective une cardiomégalie à 0,65. Devant ce tableau, on a évoqué une maladie de surcharge. On a complété par un bilan malformatif et de retentissement qui a confirmé le diagnostic de mucopolysaccharidose. L'enregistrement polysomnographique confirme la présence d'un SAOS sévère. Il s'agit d'un tableau d'un SAOS secondaire à la mucopolysaccharidose avec retentissement cardiaque (dilatation du cœur droit avec HTAP). Le traitement a associé du lopril, lasilix et une ventilation nocturne par CPAP.

CONCLUSION : Le syndrome d'apnées obstructif du sommeil est bien connu mais semble encore largement sous-diagnostiqué. Le diagnostic du SAOS chez le nourrisson et l'enfant est clinique. Il repose sur la recherche, par l'interrogatoire des parents, des principaux signes nocturnes et sur l'examen clinique. La polysomnographie permet de confirmer ce diagnostic.

P84. L'hypoxie en réanimation ; épidémiologie, étiologies et pronostic : Etude prospective de 148 cas

Ben Aljia N, Allela R, Turki O, Zayani R, Medhioub F, Ghadhoun H, Chtara K, Chaari A, Bahloul M, Chelly H, Ben Hamida Ch, Damak H, Bouaziz M. **Service de Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax**

INTRODUCTION : L'hypoxie est une situation fréquente chez les patients de réanimation, ses étiologies sont multiples et souvent intriquées. Le but de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique, étiologique et évolutif des patients hypoxiques en réanimation.

MATERIEL ET METHODES : Etude prospective de trois mois (du 27/11/2010 au 28/02/2011) dans le service de réanimation polyvalente du CHU Habib Bourguiba de Sfax, incluant tous les patients hypoxiques (ayant un rapport $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$).

RESULTATS : Durant la période d'étude, 235 patients ont été hospitalisés dans le service, parmi eux 148 patients ont été hypoxiques (63%). L'âge moyen de nos patients a été de $45,11 \pm 22,16$ ans (extrêmes 1 et 86 ans). Une prédominance masculine a été constatée (98/50). 74 de nos patients (50%) ont été hospitalisés en réanimation pour un problème médical, 55 patients (37.1%) suite à un traumatisme (dont 43 (78.2%) polytraumatisés), 14 patients (9.5%) suite à une chirurgie urgente et 5 patients (3.4%) suite à une chirurgie programmée. Dans notre série, les étiologies les plus fréquentes ont été, l'OAP cardiogénique (21 cas (14.2%)), le syndrome de détresse respiratoire aigüe de l'adulte (19 cas (12.8%)), la contusion pulmonaire (14 cas (9.5%)) et les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (14 cas (9.5%)). La durée de séjour moyenne a été de $11,26 \pm 10,78$ jours (extrêmes 1-78 jours) avec une mortalité de 48.6% (72 patients).

CONCLUSION : L'hypoxie en réanimation est souvent traitée dans le cadre de l'étude des différentes étiologies ; rares sont les études qui ont analysé le sujet dans sa totalité. Dans notre étude, l'hypoxie est fréquente en réanimation et elle survient essentiellement dans un contexte médical et traumatique. Les OAP lésionnels et hémodynamiques sont les plus incriminés et la mortalité est élevée.

P85. Le syndrome de détresse respiratoire aigüe de l'adulte (SDRA) Etude prospective de 56 cas

Ben Aljia N, Zayani R, Medhioub F, Allela R, Turki O, Chtara K, Chaari A, Ghadhoun H, Chelly H, Ben Hamida Ch, Bahloul M, Damak H, Bouaziz M. **Service de Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax. Tunisie.**

INTRODUCTION : Le Syndrome de Détresse Respiratoire Aigüe de l'Adulte (SDRA) est défini par une entité d'installation brutale avec un infiltrat pulmonaire alvéolaire bilatéral et extensif à la radiographie thoracique et une hypoxie réfractaire, le tout en l'absence d'une défaillance cardiaque. Il s'agit d'une complication grave dont le pronostic est souvent réservé. Le but de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique, étiologique et évolutif des patients atteints d'un SDRA.

MATERIEL ET METHODES : Etude prospective de trois mois (du 27/11/2010 au 28/02/2011) dans le service de réanimation polyvalente du CHU Habib Bourguiba de Sfax, incluant tous les patients ayant développé un SDRA.

RESULTATS : Durant la période d'étude, 235 patients ont été hospitalisés dans le service, parmi eux 56 patients ont développé un SDRA (23.8%). L'âge moyen de nos patients a été de $50,21 \pm 22,48$ ans (extrêmes 1 et 85 ans). Une prédominance masculine a été constatée (37/19). 36 de nos patients (64.3%) ont été hospitalisés en réanimation pour un problème médical, 12 patients (21.4%) suite à un traumatisme (dont 7 (58.3%) polytraumatisés), 7

patients (12.5%) suite à une chirurgie urgente et 1 patient (1.8%) suite à une chirurgie programmée. Chez 27 patients (48.2%), le SDRA a été secondaire à une étiologie infectieuse, les autres étiologies sont représentées essentiellement par les EDC pérennisés, les pancréatites aiguës, les embolies graisseuses et les transfusions massives. La durée moyenne de séjour a été de 10.70+/-8.54 jours (extrêmes 1-45 jours) avec une mortalité de 89.3% (50 patients).

CONCLUSION : Dans la littérature, le SDRA touche 16 à 20% des patients de réanimation, sa mortalité reste élevée avoisinant les 80% dans certaines études. Nos résultats concordent avec la littérature. Malgré les progrès thérapeutiques et technologiques, le SDRA reste parmi les complications les plus redoutées par les réanimateurs.

P86. La ventilation à domicile (VAD) : Efficacité chez les obstructifs et les restrictifs.

BenAbdallah S, Benzarti M, Hamouda Z, Bouzgarrou R, Tilouch N, Ouanes I, Dachraoui F, Abroug F, Ouanes-Besbes L. **Service de Réanimation Polyvalente. CHU Monastir. 5000. Tunisie**

La ventilation à domicile a fait la preuve de son intérêt dans les pathologies respiratoires restrictives. Elle a été proposée récemment dans les pathologies obstructives notamment chez les patients ayant des décompensations fréquentes. Peu de données sont disponibles concernant son intérêt dans cette indication.

OBJETCTIF DE L'ETUDE : Rapporter l'expérience de notre service avec la VAD démarrée en 2005 et comparer son impact (sur la survie et la qualité de vie) en fonction du type de pathologie pulmonaire.

PATIENTS ET METHODES : 81 patients ont eu une prescription de VAD au terme de leur séjour en réanimation pour insuffisance respiratoire chronique. Il s'agit de 43 femmes et 38 hommes, d'âge moyen 62±15 ans. La pathologie pulmonaire était restrictive chez 36 patients, et obstructive chez le reste des patients (IRCO isolée chez 21 patients, ou associée au Syndrome d'Apnées du Sommeil, Overlap syndrome chez 24 autres). L'analyse de la survie et la censoring ont eu lieu en octobre 2012.

RESULTATS : Avec un recul moyen de VAD de 31±16 mois, 71 patients (88%) sont encore en vie en octobre 2012. Il n'y a pas de différence de survie entre les obstructifs et les restrictifs (Log Rank : p=0.48) figure. Aucune différence notable n'a été notée sur les autres paramètres évalués.

CONCLUSION: Notre étude montre que le bénéfice de la VAD est similaire dans les pathologies respiratoires obstructives et restrictives. Le bénéfice sur la qualité de vie et d'autres paramètres est également à considérer.

P87. Pneumopathie hypoxémiante a cmv et infection à VIH.

S. Aissa, L. Ammari, R. Abid, R Abdelmalek, A. Berriche, B. Kilani, A. Goubantini, H. Tiouiri Benaissa. **Service des maladies infectieuses, Hôpital la Rabta, TUNIS. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'infection à CMV est une infection opportuniste fréquente à un stade avancé de l'infection à VIH. L'atteinte pulmonaire est rare et n'a été observée que seulement chez 0.24% à 8% des patients infectés par le VIH.

OBSEVATION : Nôtre patiente est âgée de 45 ans, sans antécédents pathologiques et mariée à un usager de drogue intraveineuse. Elle est admise pour fièvre non chiffrée, dyspnée et toux non productive d'installation progressive depuis 10 jours, évoluant dans un contexte d'asthénie et d'amaigrissement de 12Kg en 6 mois. L'examen retrouve une patiente

cachectique, fébrile à 38°C, candidose oropharyngée, polypnée à 24 cycles/min sans cyanose ni signes de lutte. L'auscultation pulmonaire note des râles crépitant diffus aux 2 champs pulmonaires. Aux examens complémentaires, la NFS montre des leucocytes à 4600/ mm³ et une lymphopénie à 300/mm³. La CRP est normale. La gazométrie montre une hypoxie à 64mmHg sans hypocapnie avec saturation en O₂ à 89%. La radiographie thoracique montre un syndrome interstitiel bilatéral. L'IDR est négative. Les hémocultures sont négatives. La sérologie VIH est positive. Le taux de CD4 est à 17€/mm³ et la charge virale est à 26000 copies d'ARN/ml. Un traitement antituberculeux quadruple et un traitement anti-pneumocystose par cotrimoxazole ont été prescrits en association à une corticothérapie à la dose de 1mg/kg/j de prednisone et une oxygénothérapie à haut débit ; sans amélioration après 6 jours de traitement. La fièvre persiste avec aggravation de la dyspnée et majoration de l'hypoxie sous oxygène. La fibro bronchique montre un arbre trachéo-bronchique sans anomalies. L'étude microbiologique du liquide de LBA est négative (germes non spécifiques, BAAR, *Pneumocystis jiroveci* et *Aspergillus*). L'angioscanner thoracique montre des hyperdensités en verre dépoli bilatérales et des micronodules diffus aux 2 champs pulmonaires sans signes en faveur d'embolie pulmonaire. La sérologie CMV est positive en IgM et IgG. La Charge virale plasmatique de CMV est à 170000 copies d'ADN/ml. La conduite thérapeutique était de prescrire le ganciclovir, de garder le traitement antituberculeux et d'arrêter la corticothérapie et le cotrimoxazole. L'évolution s'est faite vers l'amélioration de l'état respiratoire en 8 jours. Le diagnostic de pneumonie à CMV est retenu. Le traitement antituberculeux a été arrêté. La trithérapie antirétrovirale a été instaurée. La patiente a reçu 3 semaines de traitement curatif par ganciclovir. Un traitement prophylactique secondaire a été prévu mais refusé par la patiente. L'évolution est favorable. Le recul sans rechute est de 1 an.

CONCLUSION : Le diagnostic de pneumonie à CMV est difficile chez le sujet infecté par le VIH et nécessite la conjonction d'arguments épidémiologique et virologique. La symptomatologie clinique est aspécifique et l'association à d'autres pathogènes est fréquente.

P88. Embolie pulmonaire post traumatique précoce : fibrinocruorique ou graisseuse ?

Zaouche K, Majed K, Chargui A, Nouira N, Moudhaffer M, Bedhief S, Hamouda C, Borsali Falfoul N. **Service des Urgences, la Rabta, Tunis. Tunisie**

INTRODUCTION: L'embolie est une complication redoutable de la pathologie fracturaire osseuse. La triade classique est constituée d'une insuffisance respiratoire aiguë, de manifestations neurologiques et de manifestations cutanéomuqueuses. Cependant le tableau clinique peut prendre des aspects variés, allant des plus frustes aux formes complexes. Nous rapportons l'observation d'une embolie pulmonaire massive survenue au décours d'un traumatisme fermé du bassin.

OBSERVATION CLINIQUE: Un homme de 78 ans, a été ramené aux urgences de la Rabta à H3 d'un accident de la voie publique lui occasionnant une perte de connaissance initiale. L'examen initial a noté un score de Glasgow à 15/15, une TA à 100/60 mm Hg, une dyspnée avec une SpO₂ à 88%, une impotence fonctionnelle totale des deux membres inférieurs et une douleur à la mobilisation du bassin. Le Bilan lésionnel a objectivé une fracture isolée et déplacée du cadre obturateur. Le scanner cérébral, la radiographie du thorax et l'échographie abdominale étaient normaux. Sous analgésie et oxygénation, l'évolution a été marquée par la persistance de la dyspnée sans lésions parenchymateuses radiologiques, obnubilation du patient, apparition de signes droits à l'ECG et de thrombopénie. Une TDM thoracique a été faite mettant en évidence une embolie pulmonaire massive bilatérale avec signes de gravité. La mesure de la densité du thrombus n'a pu être faite par les radiologues et le diagnostic d'une

embolie pulmonaire grave a été retenu. Le malade a été mis sous traitement anticoagulant avec une immobilisation. L'évolution a été favorable.

CONCLUSION: Au vu des arguments cliniques et paracliniques, cette embolie pulmonaire post-traumatique précoce peut être d'origine graisseuse (confusion mentale, thrombopénie) ou cruorique vu l'évolution rapidement favorable sous anticoagulant. L'embolie graisseuse est une pathologie rare mais dont la fréquence demeure difficile à évaluer car elle est insuffisamment recherchée surtout dans les formes les plus atypiques, nous en discutons les moyens diagnostiques et thérapeutiques.

P89. D'une forte suspicion d'embolie pulmonaire à des diagnostics cliniques plus rares :

Agénésie de l'artère pulmonaire ou CPC post –embolique.

A.Chargui, K.Majed, O.Mathlouthi, N.Mghaieth, K.Zaouche, A.Ben Hamida, C. Hamouda, N. Borsali-Falfoul. **Service des Urgences, hôpital la Rabta, Tunis. Tunisie**

INTRODUCTION : Le cœur pulmonaire chronique est une pathologie rare et grave par son retentissement hémodynamique et respiratoire. Ses étiologies sont dominées par les BPCO et les atteintes respiratoires restrictives, le CPC post embolique en est une cause encore rare. Nous rapportons le cas d'une femme admise aux urgences pour suspicion d'embolie pulmonaire, et chez qui s'est posé le diagnostic différentiel de deux pathologies: agénésie de l'artère pulmonaire et le CPC-embolique.

OBSERVATION : Mme BH âgée de 33 ans, G3P3 enceinte à 28SA, aux antécédents d'embolie pulmonaire datant de 5ans en arrêt du traitement anticoagulant, s'est présentée aux urgences pour hémoptysie de moyenne abondance avec dyspnée. L'examen initial ayant objectivé des signes droits, une tachycardie sinusale à 100 bpm, le reste de l'examen était sans particularité. Elle avait un effet shunt aux GDS et des D-dimères à 2900 ng /dl. La radio de thorax a montré une légère asymétrie de transparence. L'ETT a montré des cavités droites dilatées avec un rapport VD/VG>0,6 et une HTAP à 90mmHg. L'angioscanner thoracique a montré l'absence d'opacification de l'artère pulmonaires avec une anomalie des arcs aortiques et un retour veineux anormal posant ainsi le diagnostic différentiel entre l'agénésie de l'artère pulmonaire et le CPC post-embolique devant les antécédents d'embolie pulmonaire, le doute sur une artère pulmonaire au scanner thoracique initial (datant de 5 ans).

CONCLUSION : L'agénésie de l'artère pulmonaire et le CPC post –embolique sont deux pathologies rares de diagnostic difficile et qui posent rarement un problème de diagnostic différentiel car de mécanisme physiopathologique différent. L'anamnèse et les explorations complémentaires permettent le diagnostic. L'objectif de cette observation est de présenter une revue de la littérature concernant les éléments diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques du CPC.

P90. Les infections nosocomiales à *Staphylocoques aureus* methicillino-résistant et facteurs de risque (étude prospective: cas témoins)

I.Malajati, K.Lamzawak, H.Ezzouine, B.Charra, A.Benslama. **Service de Réanimation Médicale du CHU de Casablanca; Maroc**

But : Notre travail est une étude prospective cas – témoins menée dans divers services (Réanimation, dermatologie, brûlés, pédiatrie 1) du CHU Ibn Rochd de Casablanca durant la période allant du 26-01-2007 au 31-12-2007, soit 11 mois. Il se propose d'apprécier l'infection nosocomiale à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), par opposition aux

souches sensibles (SASM) et aux témoins, en insistant spécifiquement sur ses facteurs de risque dans notre contexte.

RESULTATS : Des 385 malades (réanimation : 150 ; dermatologie : 121 ; brûlés : 95 et pédiatrie 1 : 19) ayant été infectés dans les services cités par *Staphylococcus aureus* [SA], 79 d'entre eux (dont 28 cas de SARM et 51 de SASM) et 52 patients témoins appariés, ont pu être colligés. L'échantillon des cas de SARM se caractérisait par un âge moyen de 38 ans (11-75) et un ratio selon le sexe en faveur des hommes est égal à 2,12. Les facteurs de risque classiques des infections nosocomiales investigués lors de cette étude étaient les antécédents et/ou le terrain, l'administration intra -hospitalière d'antibiotiques ainsi que la réalisation de gestes invasifs (cathétérismes, chirurgies, sondages, drainages, intubations, trachéotomie). Tous les cas de SARM avaient un terrain immunodéprimé sous l'effet d'une thérapeutique (9 cas d'administration d'immuno-suppresseurs) ou de morbidités actuelles (9 cas de dermatoses chroniques, 4 de diabète, 2 de cancer). De nombreux gestes invasifs avaient par ailleurs été pratiqués chez notre population de patients, avec une prééminence du cathétérisme périphérique (87,5 % des cas) et des sondages (50 %). Toutefois, l'analyse statistique des comparaisons entre les différents groupes (SARM, SASM et témoins) de notre population d'étude ne mit en exergue que le cathétérisme périphérique et le portage nasal parmi les facteurs de risque significatifs. Par ailleurs, l'exemption d'antibiothérapie s'est avérée protectrice, corrélant à priori la notion d'un risque accru en cas d'antibiothérapie prolongée à l'hôpital. Les résultats de notre étude sont assez similaires à ceux de la littérature contemporaine sur le sujet. Néanmoins, cette similarité fait défaut quant à l'implication des gestes invasifs.

CONCLUSION : Au total, notre travail apporte quelques données pertinentes, quoique implicitement connues, des conditions pratiques génératrices d'une susceptibilité accrue à SARM.

P91. Évaluation des pratiques paramédicales en matière de prévention des infections à transmission croisée en milieu de soins intensifs.

A. Trifi, S. Abdellatif, F. Daly, M. Oueslati, A. Terra, Mlle Z. Atri, S. Ben Lakhal. **Service de Réanimation Médicale. CHU La Rabta – Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'observance des règles d'hygiène par le personnel soignant en secteur de soins intensifs est un moyen primordial de prévention des infections nosocomiales.

La gestion de ce risque infectieux concerne donc en majeure partie le personnel soignant. Notre travail a pour but d'évaluer les connaissances et le degré d'observance aux règles élémentaires d'hygiène du personnel travaillant dans les unités de soins intensifs(USI).

MATERIELS ET METHODES : Il s'agit d'une étude transversale, observationnelle multicentrique réalisée au niveau des unités de soins intensifs de l'hôpital la Rabta à savoir le service de réanimation médicale, le service d'anesthésie réanimation, l'unité de réanimation chirurgicale, l'unité de réanimation cardiovasculaire et l'unité d'hémodialyse qui a inclue tout le personnel paramédical intervenant dans la prise en charge des patients hospitalisés. Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire d'évaluation anonyme et rempli instantanément relevant la qualité de l'intervenant, la tenue, le lavage des mains et la friction hydro alcoolique au cours de l'activité habituelle et des gestes invasifs médicaux.

RESULTATS : Un questionnaire a été adressé au personnel soignant des 5 USI, on a recueilli 70 fiches, les questionnés sont répartis sur les 3 tranches horaires. Au cours de l'activité habituelle, 84% portent une tenue vestimentaire adaptée, 78% se lavent les mains indépendamment des soins avec une fréquence au-delà de 3 fois/ tranche horaire chez la moitié, le savon liquide est le plus utilisé dans 72% des cas, la durée de lavage dépasse les 30

sec chez 40 soit 57% des interrogés. Au cours des gestes invasifs : absence de lavage chirurgical des mains, 86% pratiquent la friction hydro alcoolique, 71% un masque de protection respiratoire, 69% des gants stériles dont la majorité les retire immédiatement après les soins et 34% portent une surblouse.

L'auto évaluation était de degré estimé moyen chez 71% des participants à cette étude.

DISCUSSION : Le taux de participation est de l'ordre de 70% ce qui prouve un intérêt certain de la part du personnel paramédical pour les règles d'hygiène (60% dans l'étude d'Auboyer et al.2006). L'observance globale pour l'antisepsie des mains (78%) est supérieure à celles trouvées par les études de Pittet et al.2004 (57 %) et d'Auboyer et al. 2006. Parmi les facteurs indépendants prédictifs de non-observance on distingue une charge de travail, les ongles longs et le port de bijoux.

CONCLUSION: L'enquête montre que certaines recommandations importantes se sont progressivement intégrées dans les pratiques quotidiennes des équipes paramédicales, elle montre également que certaines mesures doivent être améliorées : observance de l'hygiène des mains, bijoux aux USI, précautions standard particulièrement au moment des gestes invasifs. Un effort reste à poursuivre en termes de formation et de diffusion des recommandations.

P92. Sepsis sévère en milieu de réanimation obstétricale.

Ghlala A, Massoudi Y, Ghazouani S, Ben Marzouk S, Maghrebi H. **Service d'Anesthésie Réanimation. Centre de Maternité et de Néonatalogie de Tunis Tunisie.**

INTRODUCTION : Les épisodes infectieux sont fréquents chez la femme enceinte. Le plus souvent ils sont sans conséquences, mais peuvent entraîner des complications gravissimes pouvant engager le pronostic vital maternel en l'absence d'une prise en charge précoce et adéquate. En effet, l'infection représente la 3ème cause directe de décès maternel en Tunisie.

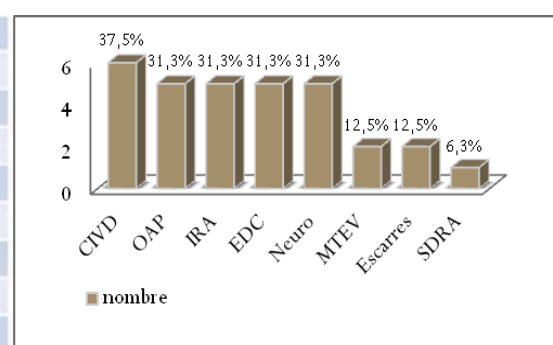
MATERIEL ET METHODES: Dans cette étude rétrospective on a inclus toutes les patientes admises en unité de réanimation du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, pour sepsis sévère, sur la période d'une année allant de décembre 2009 à décembre 2010.

RESULTATS: Sur 135 patientes admises en réanimation, 16 l'ont été pour sepsis sévère soit un taux de 11,8%. Il s'agit du 3ème motif d'admission en réanimation après l'hémorragie (68%) et la pré-éclampsie (18%). Une chorioamniotite sur une rupture prématurée des membranes a été noté chez six patientes (38%), une pyélonéphrite gravidique a été notée dans deux cas et une infection virale par le virus H1N1 a été noté chez deux patientes. Quatre patientes étaient diabétiques. L'association à une inertie utérine a été observée chez sept patientes (43%). Aucun germe n'a été isolé dans les prélèvements sanguins et trachéaux. L'ECBU est revenu positif à E.Coli dans deux cas.

Tableau I : données épidémiologiques

Age	31,8 ± 5,4	
Parité	2,08 ± 1,2	
Terme	34,8 ± 5,9	
SAPS	9,9 ± 6,7	
APACHE	13,2 ± 6,5	
AVB	5/16	
C/S	11/16	AG: 53,3%
		R/A: 6,3%
		R/A puis AG: 40%

Fig 1: complications du sepsis en réanimation



DISCUSSION : L'infection du péri-partum constitue une cause importante de morbi-mortalité maternelle. L'association à la prématurité, à la rupture prématurée des membranes et à l'hémorragie du post-partum est significative comme le montre la littérature. Les complications sont dominées par la CIVD, l'IRA, le SDRA et la défaillance multiviscérale. Une prise en charge reposant sur un diagnostic rapide et une thérapeutique efficace permet d'éviter ces complications.

P93. Les aspects épidémiologiques, cliniques et les complications au cours des formes graves de la grippe A H1N1.

M.Rezgui, ZY. Elhechmi, I. Zaghdoudi, N.Mahjoubi, H. Maghraoui, Z .Jerbi. **Service des urgences et de réanimation, Hôpital Habib Thameur. Tunisie.**

INTRODUCTION : La grippe A H1N1 est une nouvelle entité pathologique qui a posé un problème de santé publique à l'échelle mondiale notamment dans sa forme grave.

BUT DU TRAVAIL : Evalué les aspects épidémiologiques, cliniques, et les complications au cours des formes graves de la grippe A H1N1 avec analyse de leur prise en charge et des facteurs pronostiques.

RESULTATS : Nous avons colligés 44 patients, l'âge moyen était de 43 ± 18 ans, un sex-ratio de 0.63. 69% des patients avaient une comorbidité. 45% des patients présentaient des signes de gravités, respiratoire 43%, état de choc 16 %. Neurologiques 20%. État de déshydratation 20 %. Les radiographies pulmonaires étaient pathologique 52.5 %, condensation parenchymateuse 16%, pleuro- pneumopathie 4.5 %, Image alvéolointerstitielle bilatérale 18 %, une Image interstitielle diffuse 14 %. Echographie cardiaque a relevée des troubles de la cinétique segmentaire 15 %, une dysfonction diastolique du VG 50 % et un épanchement péricardique 50 %. L'évolution était marquée par des complications cardiovasculaires 40%, respiratoire 55%, neurologique 11 % et une insuffisance rénale 15 %. La mortalité globale était de 18 %.

CONCLUSIONS : La grippe A H1N1 dans sa forme grave engage le pronostic vital par ces complications respiratoire et extra respiratoire et nécessite une prise en charge thérapeutique précoce et adaptée.

P94. Intérêts des scores de gravités dans les pneumonies communautaires chez le sujet âgé.

M.Rezgui, S Ben Dhiaf*, K. Mejed*, H.Maghraoui, I.Zaghdoudi, C.Hamouda*, N Borsali Falfoul*, Z .Jerbi. **Service des urgences et de réanimation, Hôpital Habib Thameur. Tunisie.**

INTRODUCTION : La pneumonie aigue communautaire (PAC) est à l'origine d'une morbi-mortalité majeure surtout 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

BUT DU 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.

METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective effectué dans le service des Urgences de l'hôpital La Rabta de Tunis. Les données cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été recueillies et analysées sur logiciel SPSS10. Résultats : 90 patients âgés ont été colligés, d'âge moyen est de 75,3 ans, sexe ratio de 2,2 (69% de sexe masculin). Une pathologie sous-jacente a été retrouvée dans 87,5% des cas (diabète, cardiopathie, BPCO). Les signes de gravité les plus fréquents étaient la polypnée, l'hypotension artérielle et la confusion. 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.

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

P95. Les bactéries multirésistantes dans un service de maladies infectieuses.

H. Ben Brahim, I. Kooli, A. Aouem, A. Toumi, F. Smaoui, Ch. Loussaief, M. Chakroun. **Service des maladies infectieuses, EPS Fattouma-Bourguiba de Monastir. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'émergence de la résistance aux antibiotiques et la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) représentent un enjeu majeur de santé publique pour les établissements de soins.

OBJECTIF : Etudier les caractéristiques épidémiologiques des malades porteurs de BMR ainsi que l'incidence des BMR dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital universitaire Fattouma-Bourguiba de Monastir

METHODE : Etude rétrospective des dossiers des malades porteurs de BMR hospitalisés dans le service au cours de la période allant du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Mars 2011.

RESULTATS : Cent huit prélèvements microbiologiques étaient positifs à BMR au cours de la période de l'étude. Ils intéressaient 100 malades (61 hommes) dont l'âge moyen était de $51 \pm 19,1$ ans. L'incidence moyenne des BMR était de 20 cas/an (10-25 cas/an). Le principal antécédent pathologique était le diabète (42 cas). Parmi ces malades, 22 provenaient d'autres services d'hospitalisation alors que 78 provenaient de leurs domiciles. Un antécédent d'hospitalisation antérieure dans l'année qui précède l'isolement de BMR était noté dans 79,7% des cas. Une consommation antérieure d'antibiotique était notée dans 82 cas (82%). Les principaux antibiotiques consommés étaient les fluoroquinolones et les céphalosporines de 3^{ème} génération dans respectivement 45 et 34 cas. Un antécédent de sondage urinaire était noté dans 47 cas. Les BMR étaient isolées essentiellement à partir de prélèvement de lésion cutanée, d'examens cytot bactériologiques des urines et d'hémocultures dans respectivement 42,6%, 39,8% et 10,2%. Les principales BMR isolées étaient les entérobactéries BLSE dans 64 cas (59,2%), *Staphylococcus aureus* méti-R dans 19 cas (17,6%), *Pseudomonas aeruginosa* résistant à la céftazidime dans 16 cas (14,81%) et *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème dans 9 cas (8,3%). Aucun cas d'entérocoque résistant à la vancomycine n'était noté. L'isolement de BMR était en rapport avec une colonisation dans 20 cas (18,5%), une contamination dans 37 cas (34,2%) et une infection dans 51 cas (47,2%). En cas d'infection une association médicamenteuse était prescrite dans 41 cas (80,4%). Cette association était à base d'une bithérapie dans 38 cas et trithérapie dans 3 cas. L'association Imipénème + amikacine était la plus prescrite (14 cas). La durée moyenne de l'association était de $13,26 \pm 8,48$ jours. Le séjour moyen à l'hôpital était de $29,31 \pm 17,74$ jours. Pour les cas d'infection, le coût journalier moyen était de $114,628 \pm 55,71$ DT et le coût global moyen était de $2327,829 \pm 1896,318$ DT.

CONCLUSION : Des programmes de surveillance des BMR sont indispensables pour connaître l'écologie locale d'un établissement et pour sensibiliser et faire participer le personnel soignant à la mise en place des mesures de prévention de transmission des BMR.

P96. Formes graves de Fièvre Boutonneuse Méditerranéenne.

I. Kooli, H. Ben Brahim, A. Aouem, A. Toumi, F. Smaoui, Ch. Loussaief, M. Chakroun. **Service des maladies infectieuses, EPS Fattouma-Bourguiba de Monastir. Tunisie.**

OBJECTIF : La fièvre boutonneuse méditerranéenne (FBM) est une pathologie réputée bénigne. L'objectif de ce travail est d'insister sur la possibilité de survenue de formes graves engageant le pronostic vital et la nécessité d'une surveillance attentive des malades atteints de FBM.

PATIENTS ET METHODE : Nous rapportons les observations de trois malades hospitalisés dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir (Tunisie) ayant présenté des formes graves de fièvre boutonneuse méditerranéenne

RESULTATS : Il s'agissait de 2 femmes et un homme. L'âge moyen était de 32,3 ans. Deux malades étaient admis pour fièvre et une éruption typique de FBM sans tâche noire. Une malade avait à l'examen du fond de l'œil des foyers de chorioretinite évocatrice de rickettsiose. Les complications étaient à type de syndrome d'activation macrophagique (SAM) pour la première patiente, une pancytopenie sévère pour la deuxième et une encéphalite grave avec un coma et une coagulation intravasculaire disséminée pour le dernier patient. Dans les trois cas la sérologie de *Rickettsia conorii* dans le sang était positive en IgM. Pour le troisième malade la sérologie était fortement positive dans le sang et le liquide céphalorachidien. L'évolution était favorable pour les deux premiers cas avec une normalisation de la numération formule sanguine sous doxycycline sans recours aux immunoglobulines pour le SAM. L'évolution était fatale pour le troisième malade après 7 jours de traitement par ofloxacine.

CONCLUSION : Ces trois observations illustrent que malgré sa réputation de bénignité une fièvre boutonneuse méditerranéenne peut être associée à des complications graves pouvant engager le pronostic vital.

P97. Les tuberculomes cérébraux

I. Kooli, H. Ben Brahim, A. Aouem, A. Toumi, F. Smaoui, Ch. Loussaief, M. Chakroun. **Service des maladies infectieuses, EPS Fattouma-Bourguiba de Monastir. Tunisie.**

INTRODUCTION : Même si la Tunisie est classée comme un pays endémique de tuberculose l'atteinte cérébro-méningée demeure rare

PATIENTS ET METHODE : Nous avons colligé les cas de tuberculomes cérébraux hospitalisés dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir (Tunisie) au cours de la période allant du 1^{er} Janvier 1996 au 31 Décembre 2011.

RESULTATS : Parmi les 17 cas de tuberculose neuroméningée 6 cas (35,3%) avaient des tuberculomes cérébraux. L'âge moyen était de 34,3 ans (20 à 49 ans). Des signes déficitaires locaux étaient présents dans 2 cas. Les céphalées étaient constantes. Des signes d'impregnation tuberculeuse étaient notés dans 4 cas. La ponction lombaire faite dans 5 cas avait mis en évidence une méningite lymphocytaire hypoglycorrachique dans 4 cas. Elle avait permis d'isoler le bacille de koh dans 2 cas. Dans les 4 autres cas, le diagnostic était fait sur les données radiologiques. Le tuberculome était unique dans 1 cas et multiple dans les 5 autres. Une localisation au niveau du tronc cérébral était notée dans deux cas. Tous les malades avaient reçu un traitement antituberculeux d'une durée moyenne de 22 mois (12 à 56 mois). Une corticothérapie était prescrite dans 5 cas. L'évolution était marquée par une guérison dans 3 cas, une suspicion de résistance au traitement antituberculeux de première et

deuxième ligne dans 2 cas et pour le dernier patient le décès était noté au bout de 12 mois d'évolution.

CONCLUSION : Les tuberculomes cérébraux sont caractérisés par leur polymorphisme clinique. Ils posent un problème thérapeutique quand à la durée du traitement par les antituberculeux. Malgré un traitement adapté, leur pronostic reste réservé.

P98. La pyélonéphrite emphysémateuse chez le diabétique est encore très grave.

Meghaieth N, Zaouche K, Mathlouthi O, Chargui A, Majed K, Chiboub D, Bramli M, Hamouda C, Borsali Falfoul N. **Service des Urgences, la Rabta, Tunis. Tunisie**

INTRODUCTION : la pyélonéphrite aigue emphysémateuse est une forme sévère et nécrosante de la pyélonéphrite bactérienne aigue responsable de formation de gaz au sein du parenchyme rénal et des espaces péri rénaux. C'est une affection rare grevée d'une mortalité lourde par syndrome de défaillance multi viscérale. Nous rapportons deux observations de pyélonéphrites emphysémateuses chez deux patientes diabétiques.

OBSERVATION CLINIQUE N° 1 : Mme FK âgée de 56 ans, a été hospitalisée 04 jours auparavant aux urgences pour pyélonéphrite aigue avec une échographie rénale normale et a été mise sortante sous cefixime ; elle a reconsulté dans un tableau d'occlusion intestinale aigue et insuffisance rénale aigue. Le diagnostic de pyélonéphrite emphysémateuse a été retenu par le scanner abdominal qui a montré un rein droit détruit avec infiltration de la graisse péri rénale et présence de micro abcès de la paroi vésicale. La patiente a eu une néphrectomie droite avec une évolution initiale favorable, et extubation à J3, mais rapidement installation d'un état de choc indiquant la réintubation, la patiente était décédée à J30 dans un tableau de syndrome de défaillance multiviscérale.

OBSERVATION CLINIQUE N° 2 : Mme SK âgée de 56 ans, a consulté les urgences pour colique néphrétique, elle a été mise sous traitement anti inflammatoire, antalgique et anti spasmodique, elle a reconsulté le lendemain pour fièvre, brûlures mictionnelles et lombaires droites, l'échographie rénale a montré une discrète dilatation des cavités pyélocalicielles droites, elle a été hospitalisée. L'évolution était marquée par l'apparition d'un état de choc septique, une insuffisance rénale aigue et une thrombopénie. La patiente a été intubée et ventilée. L'uroscanner a objectivé une pyélonéphrite emphysémateuse. Elle était décédée dans un tableau de défaillance multi viscérale à J2 d'hospitalisation.

CONCLUSION : nous profitons de ces deux observations pour ressortir à travers une revue de la littérature les facteurs de risque de la pyélonéphrite emphysémateuse et insister sur la nécessité d'un diagnostic précoce en leur présence et sur l'importance du traitement chirurgical radical le plus précocement possible car l'antibiothérapie seule reste insuffisante.

P99. Les candidémies en réanimation : Incidence, facteurs de risque et facteurs pronostiques.

Ouselati M, Mbarki T, Nasri R, Trifi A, Abdellatif S, Daly F, Ben Lakhal S. **Service de Réanimation Médicale. Hôpital LA RABTA. Tunisie.**

INTRODUCTION : Les candidémies sont des infections à levures du genre candida relativement fréquentes en réanimation et sont grevées d'une mortalité élevée qui n'a pas diminué depuis des décennies. Le but de notre étude est de déterminer l'incidence des candidémies dans un service de réanimation médicale, de préciser les facteurs de risque et de mauvais pronostic et de mettre en évidence les aspects thérapeutiques particuliers de la réanimation.

MATERIEL ET METHODES : Etude rétrospective menée dans le service de réanimation médicale La Rabta entre Janvier 2001 et Décembre 2010.

RESULTATS : 60 épisodes (chez 60 patients) ont été colligés soit une moyenne de 6 cas/an (1 à 12), ce qui représente une incidence moyenne de 28 cas /1000 patients et une densité d'incidence de 26,5 cas /10000 jours d'hospitalisation.

L'âge moyen est de 54,85 + 16 ans avec des extrêmes de 20 et 78 ans. 32 patients (53,3 %) sont âgés plus que 65 ans (âge moyen : 67+ 2,45 ans). 31 patients (51,7%) sont de sexe masculin, 29(48,3%) sont de sexe féminin soit un sex-ratio de 1,06. 49 patients (81,5%) sont médicaux et 11 patients sont chirurgicaux (18,5%). Les motifs d'admission en réanimation sont dominés par le choc septique (53,5% des patients) suivi par l'insuffisance respiratoire aigue (27% des patients). Le délai moyen de survenue des candidémies est de 20,7 + 8 jours avec des extrêmes de 7 et 35 jours. *Candida albicans* est le germe le plus fréquemment isolé (53,3%). La proportion des candidas non *albicans* est de 46,7%. La porte d'entrée est trouvée chez 27 patients, soit 45 % des cas. Il s'agit de 20 colonisations du cathéter (33,3%), urinaire chez 4 patients (6,7%) et cutanée chez 3 patients (5%). Elle est fréquemment non retrouvée (55% des cas). Les facteurs de risque retrouvés chez nos patients sont surtout en rapport avec le recours aux techniques invasives. L'évolution est fatale pour 29 patients (48,3%). les facteurs de risque indépendants de mortalité sont : La sévérité de la pathologie initiale, le non retrait précoce du cathéter veineux central (OR 12,2; IC 1,9-74,9), un traitement tardif ou l'absence de traitement (OR 11,8; IC 1,7-81,2).

CONCLUSION : Les candidémies sont des infections opportunistes, fréquemment mortelle puisque leur mortalité est estimée à environ 50 %. Le pronostic pour le patient dépend de trois facteurs : les restaurations de l'immunité et de l'intégrité des muqueuses, et la mise en place précoce d'un traitement antifongique adapté.

P100. Epidémiologie et profil bactériologique des infections urinaires nosocomiales en réanimation médicale.

K.Lamzawak, L.Madiou, I.Malajati, H.Ezzouine, B.Charra, A.Benslama. **CHU. Ibn Rochd, quartier dees Hôpitaux. Casablanca ; Maroc.**

INTRODUCTION : La surveillance régulière de l'écologie bactérienne au sein des unités de soins intensifs a un intérêt capital dans la lutte contre l'infection nosocomiale, complication aux multiples conséquences en termes de morbidité mortalité et surcout hospitalier. Les infections urinaires sont la première cause d'infections acquises en milieu hospitalier et la deuxième cause d'infections nosocomiales en réanimation.

PATIENTS ET METHODES : Le but de notre travail est d'analyser le profil épidémiologique et bactériologique des infections urinaires nosocomiales, identifier les facteurs de risques afin de proposer des mesures préventives. C'est une étude rétrospective entre le 1 er janvier 2011 et le 31 septembre dans laquelle on a colligé tous les cas d'infections urinaires nosocomiales acquises en réanimation médicale.

RESULTATS : Les infections urinaires nosocomiales ont représenté 28% des localisations infectieuses. L'âge moyen des patients infectés était de 37 ans avec des extrêmes allant de 20 à 60 ans, la durée moyenne d'hospitalisation des patients infectés est de 15 jours, le GCS moyen des patients est de 11 /15, tous les patients présentant une infection urinaire nosocomiale étaient sondés pendant leur hospitalisation. En ce qui concerne l'épidémiologie bactérienne, l'*Escherichia coli* est le germe le plus prédominant avec 35,7% des germes isolés, suivi du *Pseudomonas aeruginosa* avec 28% des isolats. L'analyse des résistances bactérienne a noté que l'*Escherichia coli* était résistant aux céphalosporines de troisième génération dans 15 % des cas, le *Pseudomonas* était résistant à l'imipénème dans 30 % des cas.

DISCUSSION : Toutes les études sur l'écologie des infections nosocomiales montrent que dans les infections urinaires , les BGN arrivent en tête , dominés par l'Escherichia coli , les bactéries responsables d'infections urinaires nosocomiales sont souvent multiresistantes en raison essentiellement de la pression de sélection exercée par les antibiotiques , à coté du risque individuel qu'elles font courir aux patients ces infections représentent aussi un risque collectif puisqu'elles constituent un réservoir de germes hospitaliers multiresistants

CONCLUSION : Les infections urinaires nosocomiales sont toujours un problème d'actualité, l'instauration de mesures préventives et la rationalisation de l'utilisation des gestes médicaux invasifs à coté de l'utilisation adaptés des antibiotiques sont indispensables pour la diminution de l'incidence et la gravité de ces infections.

P101. Infections sur catheter veineux central en milieu de reanimation medicale.

K.Lamazawak, A.Ouattara, H.Ezzouine, B.Charra, A.Benslama. **CHU. Ibn Rochd, quartier dees Hôpitaux. Casablanca ; Maroc**

INTRODUCTION :

- Les cathéters veineux centraux sont couramment utilisés en réanimation.
- Les infections liées aux cathéters (ILC) sont des infections nosocomiales préoccupantes, car responsables d'un surcroît de morbi-mortalité.

PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective a été réalisée au service de réanimation médicale du CHU Ibn Rochd Casablanca, sur une période de 7 mois du 1er Janvier 2011 à 30 juillet 2011. Elle a inclus les patients qui ont eu un cathétérisme veineux central supérieur à 48 heures.

RESULTATS :

Durant la période d'étude, 197 patients ont été admis en réanimation, parmi lesquels 94 ont eu un Cathéter veineux central. L'incidence des infections liées au Cathéter veineux central (ILC) était de 12%, l'âge moyen était de 38 ans, Sexe ratio (H/F) = 4,5, le site d'insertion du cathéter le plus exposé à l'infection était jugulaire. L'infection liée au cathéter a été prédominée par *Acinetobacter Baumannii*.

CONCLUSION :

- L'infection du cathéter est une infection directement liée aux soins
- L'incidence élevée des infections liées au cathéter impose une amélioration des protocoles de prévention de ces infections nosocomiales par l'équipe soignante.

P102. Intérêt de la procalcitonine en réanimation médicale (à propos de 120 cas).

I.Malajati, H.Ezzouine, B.Charra, A.Benslama. **Service de Réanimation Médicale du CHU de Casablanca; Maroc**

Le sepsis étant l'une des principales causes de mortalité dans nos services de réanimation, des marqueurs biologiques efficaces sont nécessaires pour dépister les infections bactériennes. Depuis le depuis des années 90, de nombreuses études s'attellent à montrer que la procalcitonine (PCT), dont le dosage est rapide et facile, serait un marqueur spécifique d'infection bactérienne. Ce marqueur pourrait également déterminer l'indication de l'antibiothérapie et jouer un rôle pronostic. Dans ce sens, nous avons mené une étude de cohorte prospective observationnelle sur 120 patients du service de Réanimation Médicale du CHU de Casablanca durant la période juillet 2011-décembre 2011, incluant les patients chez qui la PCT était dosée, sans considération du sexe, de la race, de l'âge, de la pathologie et de la mise ou pas sous antibiothérapie. Les données collectées nous ont permis de constituer deux

groupes en fonction de la valeur de la PCT: groupe PCT+ avec un taux de PCT > 2ng/ml et groupe PCT- avec un taux de PCT < 2ng/ml. Ces deux groupes étaient eux-même subdivisés en deux sous-groupes en fonction de la présence (I+) ou l'absence (I-) d'infection bactérienne. Le diagnostic d'infection bactérienne nécessitait une preuve bactériologique associée à un faisceau d'arguments clinico-biologiques. L'analyse statistique de ces différentes données était réalisé grâce au logiciel Epi Info version 3.5.3., qui nous a permis d'étudier la valeur intrinsèque (sensibilité/spécificité), la valeur diagnostique (valeur prédictive positive/valeur prédictive négative) et la liaison entre infection bactérienne et dosage de PCT (coefficient Q de Yule). 60 % de nos patients avaient une infection bactérienne et 40 % n'en avaient pas. Nous avons distingué également les infections communautaires (42% des patients I+) et les infections nosocomiales (58 % des patients I+). Nous constatons que les taux les plus élevés de PCT se trouvaient dans les infections nosocomiales et les taux les plus bas de PCT étaient présents dans les infections communautaires. Ensuite, en fonction des diagnostics finaux, nous avons regroupé les patients en atteinte pulmonaire, abdominale, neuroméningée et urinaire. Dans chaque type d'atteinte nous avons essayé de faire varier les seuils de PCT à 0,5, 2 et 10 ng/ml afin de trouver le meilleur seuil pour lequel la PCT permettait de diagnostiquer l'infection bactérienne, justifiant notre choix de départ. Nous avons conclu que la meilleure valeur-seuil de PCT d'une manière générale était de 2ng/ml, car celle-ci nous donnait le meilleur rapport sensibilité/spécificité (respectivement 67% et 50%) avec une valeur prédictive positive de 65% et une valeur prédictive négative de 52%. La liaison entre PCT et infection bactérienne était modérée (coefficient Q de Yule à 0,34). En analysant les différents aspects thérapeutiques, nous avons montré que 71 % de nos patients avaient été traités par ATB avant le dosage de la PCT et que les antibiotiques les plus puissants dont disposait notre service étaient utilisés chez les patients ayant les taux de PCT les plus élevés. Enfin, concernant l'évolution, plus le taux de PCT était élevé plus le taux de décès était important d'autant plus que 100% des patients ayant une PCT > 10ng/ml sont décédés. Nos résultats concordent avec les données de la littérature : la PCT est un excellent marqueur pour le diagnostic d'infection bactérienne. Des études doivent être menées pour mieux préciser son rôle et un consensus est nécessaire pour codifier son utilisation.

P103. Hépatite fulminante chez l'enfant.

Mustapha R, Chiha M, Aissa K, Bouaziz Abed Asma **Service de pédiatrie -Hôpital Mohamed Tlatli de Nabeul. Tunisie.**

OBJECTIF: Analyser les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives des hépatites aiguës dans la forme fulminante et déterminer les facteurs de mortalité.

MATERIELS ET METHODES : Etude rétrospective sur une période de 5 ans (2007-2011) concernant les enfants hospitalisés pour hépatite virale sévère au service de pédiatrie de Nabeul.

RESULTATS: Nous avons colligés 5 cas d'hépatite fulminante parmi 65 cas d'hépatite A déclarée soit une prévalence de 0,07%. Il s'agit de 4 garçons et d'une fille. L'âge moyen était 7 ans et demi. La fièvre a été notée dans 4 cas/5. Une hépatomégalie et les signes hémorragiques ont été retrouvés dans 3 cas/5. L'encéphalopathie hépatique a été notée dans tous les cas. Les transaminases sériques étaient supérieures 10 fois la normale dans 4 cas / 5, le TP et le facteur V étaient inférieurs à 20 % dans tous les cas. L'évolution était défavorable dans tous les cas avec une durée moyenne d'hospitalisation de 4 jours.

CONCLUSION : les formes fulminantes d'hépatite A sont mortelles à défaut de greffe du foie. Un renforcement de l'hygiène et de la vaccination permet de réduire la fréquence et la sévérité de cette maladie.

P104. Encéphalite tuberculeuse chez l'immunocompétent en réanimation : difficulté diagnostique.

Ben Ghezala H., Meziou A.W., Ben Taher K., Kaddour M., Bousselmi K. **Service de réanimation polyvalente Zaghouane. Tunisie**

INTRODUCTION : La recherche de la cause d'une encéphalite aiguë reste un exercice difficile et souvent frustrant. En effet, le diagnostic étiologique n'est retrouvé que dans 30 à 40% des cas. Elle nécessite une approche diagnostique ciblée en fonction du contexte anamnestique et clinique. Dans notre pays où la tuberculose est endémique, bien qu'il n'existe pas de données nationales, l'encéphalite tuberculeuse n'est pas exceptionnelle. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 58 ans qui a été hospitalisée en réanimation à Zaghouane dans un tableau d'encéphalite aiguë et ayant posé un problème de diagnostic étiologique.

OBSERVATION : Le 28 Août 2012, Mme G.H. âgée de 58 ans sans antécédents personnels notables, aux antécédents familiaux de tuberculose pulmonaire chez le père, a été admise dans notre service pour confusion mentale fébrile. Elle était agitée et présentait un syndrome méningé avec une hyperréflexie ostéotendineuse droite. Sur le plan biologique, On a noté une hyperleucocytose à 14400 et une hyponatrémie à 112. La ponction lombaire trouve une hypercellularité à 340 éléments/ml avec une hyperprotéinorrhachie à 1.72g/l, une hypoglucochorrachie à 0.44mmol/l et une hypochlorurorrhachie à 87 mmol/l. Le scanner cérébral trouve un processus expansif temporal gauche hyperdense avec un rehaussement périphérique et un œdème péri-lésionnel. L'IRM cérébrale révèle deux images évocatrices d'abcès : un vermien et l'autre temporal gauche, une atteinte méningée avec élargissement des sillons, une infiltration au niveau de l'aqueduc et une hydrocéphalie. Le diagnostic retenu devant un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques est une encéphalite tuberculeuse. L'évolution était défavorable avec installation d'un coma calme nécessitant l'intubation et la ventilation mécanique à J4 et le décès de la patiente à J6.

CONCLUSION : L'atteinte tuberculeuse du système nerveux central reste rare surtout chez le sujet immunocompétent. Cette localisation de la tuberculose demeure la plus sévère et la plus fatale de toutes les localisations tuberculeuses avec une mortalité dépassant les 50%. Le diagnostic est dans la majorité des cas présomptif reposant en grande partie sur l'imagerie médicale et en particulier l'IRM.

P105. Encéphalite Rabique en réanimation. A propos de 4 cas et revue de la littérature.

Ben Ghezala H. *, Snouda S. **, Ben Taher K. *, Kaddour M. *, Bousselmi K. *

* : **Service de réanimation polyvalente Zaghouane ; ** : Service des urgences. Hôpital Ibn Jazzar Kairouan. Tunisie.**

INTRODUCTION : Le virus de la rage entraîne, chez l'homme, une encéphalite toujours mortelle. Malgré tous les efforts dans le cadre du programme national de lutte contre la rage, des cas existent encore en Tunisie.

MATERIELS ET METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective de quatre patients atteints d'une encéphalite rabique ayant été hospitalisés dans la salle d'accueil des urgences vitales de Kairouan durant l'année 2012.

RESULTATS :

L'hydrophobie a été constatée chez tous nos patients. Un coma agité avec agressivité a été constaté chez tous les patients. Tous nos patients sont décédés avec une durée d'hospitalisation qui a varié entre 2 à 4 jours. Le diagnostic a été confirmé en post mortem par immunofluorescence directe sur matière cérébrale.

Cas n°	Age	Sexe	origine	Siège de la morsure	Incubation	Vaccination +Sérothérapie
1	45	M	Sbikha	Bras	3 mois	Non faite
2	48	F	Sidi bouzid	Main	1 mois et demi	Non faite
3	47	F	Ain elbidha	Main	1 mois	Incomplète
4	72	M	El Ala	Joue	3 semaines	faite

DISCUSSION : L'OMS estime que la rage humaine est responsable de 50000 décès /an dans le monde. Les chiens constituent le réservoir et le vecteur principal du virus de la rage. Dans notre 4ème cas, malgré une vaccination antirabique bien conduite, la patiente a été atteinte de l'encéphalite rabique. La prévention est le seul traitement de l'encéphalite rabique :

CONCLUSION : L'encéphalite rabique est toujours mortelle. On insiste sur la prévention par la vaccination « post exposition » et par la lutte contre la rage animale.

P106. Etats de choc septiques et sepsis sévères dans un service de maladies infectieuses.

H. Boussaid, H. Ben Brahim, Z. Boughattas, A. Aouam, A. Toumi, Ch. Loussaief, M. Chakroun.
Service des maladies infectieuses CHU- Fattouma Bourguiba Monastir. Tunisie.

OBJECTIF : Déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients présentant un sepsis sévère ou un état de choc septique admis dans le service des maladies infectieuses.

MATERIELS ET METHODES: Une étude rétrospective a été menée incluant les patients hospitalisés dans le service des maladies infectieuses qui ont présenté lors de l'admission ou au cours de leur séjour un sepsis sévère ou un état de choc septique durant la période allant de 1996 à 2011.

RESULTATS: Durant la période d'étude allant du premier janvier 1996 au 31 décembre 2011, trente cinq malades étaient colligés dont 28 malades présentaient un état de choc septique et 7 présentaient un sepsis sévère. Il s'agissait de 12 hommes (34,2%) et de 23 femmes (65,7%). L'âge moyen était de 58,6 ans. La comorbidité la plus fréquente était le diabète noté dans 20 cas (57,1%). Le délai moyen de consultation était de 7 jours (1 à 15 jours). Les signes de gravité étaient présents à l'admission dans 22 cas (63%) et apparus secondairement dans 13 cas (37%). Le siège de l'infection était essentiellement urinaire dans 12 cas (34,2%), digestif dans 9 cas (25,7%) pulmonaire dans 6 cas (17,1%) et cutané dans 5 cas (14,2%). Les germes les plus incriminés étaient les bacilles à Gram négatifs dans 12 cas (34,2%), le staphylocoque dans 3 cas (8,5%) et le streptocoque dans un cas (2,8%). Les défaillances viscérales étaient hémodynamiques dans 29 cas (82,8%), neurologiques dans 18 cas (51,4%), rénales dans 10 cas (28,5%), hématologiques dans 8 cas (28,5%) et respiratoires dans 5 cas (14,2%). Parmi les malades, 16 étaient transférés en unité de soin intensif (45,7%). L'évolution était favorable dans 13 cas (37,1%) et le décès est survenu dans 6 cas (17,1%). La durée moyenne de séjour était de 10,5 jours.

CONCLUSION: L'état de choc et le sepsis sévère sont fréquents et responsables d'une hospitalisation et d'une morbidité importante d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge rapide afin de diminuer cette mortalité hospitalière.

P107. Signes prédictifs de décès au cours de la grippe (AH1 N1).

Chouchène I, Ben Saïda I, Farjallah A, Hidaoui W, Chatbri B, Touati S, Bouchoucha S. **Service de médecine intensive – CHU F. HACHED – SOUSSE. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'épidémie de grippe A (H₁ N₁) v a sévi en Tunisie d'Octobre 2010 à Février 2011, atteignant officiellement 687500 personnes dont 1180 ont été hospitalisés (8% en Soins Intensifs) et 80 à 100 sont décédés.

Les formes graves et ou mortelles en rapport principalement avec la survenue de SDRA par pneumonie spécifique ont la particularité d'être imprévisibles et de pouvoir concerner des sujets jeunes sans comorbidités majeures.

OBJECTIFS : Identifier les éléments cliniques et paracliniques susceptibles de prédire l'évolution fatale d'une grippe A (H₁, N1) v.

PATIENTS ET METHODES : Etude rétrospective de 17 formes graves de grippe A (H₁ N₁) v confirmées par PCR et prises en charge au Service de Médecine Intensive du CHU F. Hached à Sousse de Décembre 2009 à Mars 2010. Dans chaque cas ont été recueillis les paramètres démographiques (âge, sexe), les comorbidités, l'état vaccinal vis-à-vis de la grippe saisonnière et de la grippe A(H₁ N₁)v, les particularités de l'épisode grippal (mode de contamination, nature et chronologie des symptômes, délais d'apparition des signes d'insuffisance respiratoire, signes biologiques et radiologiques associés, délais d'administration du traitement antiviral et thérapeutiques associées (corticoïdes, antibiotiques) .

Les liens entre mortalité et les paramètres précités sont recherchés par comparaison entre les patients décédés et les survivants.

RESULTATS : 9 Décès (53%) ont été observés dans notre série ; leur survenue, est principalement lié à la gravité clinique (stade II et III d'IRA), gazométrique (PaO₂/FiO₂ < 100) et radiologique (anomalies interstitielles et/ou alvéolaires bilatérales) de la pneumonie, mais sans liens statistiquement significatifs.

A un second niveau, l'âge avancé, la présence de comorbidités respiratoires, la contamination en milieu familial, une fièvre élevée, la présence de myalgies – arthralgies et l'élévation des LDH, CPK, ASAT et ALAT, sont plus fréquemment associés à la survenue de décès. Par contre aucun des traitements préconisés (anti- viral, corticothérapie, antibiothérapie...) ne paraît modifier l'évolution ou le pronostic de la pneumonie

CONCLUSION : La gravité de la pneumonie spécifique au cours de la grippe A (H₁ N₁) v semble être le facteur le plus déterminant dans la survenue de décès au cours de la grippe A (H₁ N₁)v. Le traitement antiviral quelque soit sa précocité, la corticothérapie et l'antibiothérapie ne paraissent pas influencer sur l'évolution et le pronostic de la pneumonie de la grippe A (H₁ N₁) v.

P108. Aspects épidémiologiques et évolutifs des hépatites aiguës sévères et graves

A Hammami , O Hellara, A Gueddiche, H Gdoura , A Abdelmoula, W Ben Mansour, H Loghmani, W Melki, N Ben Chaabène, L Safer, F Bdioui, H Saffar. **Service de gastro-entérologie de Monastir. Tunisie.**

L'insuffisance hépatique aiguë sévère se réfère à toutes les situations cliniques incluant une hépatopathie aiguë avec facteur de coagulation < à 50% de la normale sans encéphalopathie hépatique. Elle est dénommée grave « fulminante et subfulminante » si elle s'associe à une encéphalopathie. Il s'agit d'un syndrome dévastateur complexe, résultant de l'altération profonde des fonctions vitales du foie normal. Aucune étude épidémiologique évaluant son incidence réelle n'est disponible. Les causes sont multiples et leur distribution géographique est inhomogène. Son pronostic est réservé en particulier si elle est grave.

BUT : Etudier les aspects épidémiologiques et évolutifs des hépatites aiguës sévères et graves. Matériels et Méthodes : étude rétrospective colligeant les patients pris en charge pour une hépatite aiguë sévère ou grave durant la période de 2002-2012.

RESULTATS : 22 patients ont été inclus, 11 hommes et 11 femmes, d'âge moyen 37 ans (extrêmes : 15-76 ans). 11 patients (50% des cas) présentaient une hépatite sévère, 6 (27.2 %) avaient une hépatite subfulminante et 5 malades se présentaient avec une hépatite fulminante d'emblée. L'enquête étiologique a conclu à une origine virale dans 10 cas (B (n=6), A (n=3), E (n=1)), une cause médicamenteuse dans 5 cas (anti-tuberculeux n=1 , cordarone n=1 et Halothane n=3), une poussée aiguë d'hépatite auto-immune dans 2 cas , une stéato-hépatite aiguë gravidique (SHAG) dans un cas, un DRESS syndrome à l'Allopurinol dans un cas, une Citrullinémie dans un cas et non déterminée chez 2 malades . La stratégie thérapeutique associait une réanimation non spécifique, l'arrêt de l'agent causal en cas d'origine toxique, un traitement hépatique spécifique en cas de disponibilité et la discussion d'une transplantation hépatique en urgence. L'évolution était bonne avec rétablissement de la fonction hépatique dans 12 cas (54.5%) dont 9 avaient une hépatite sévère et 3 une hépatite grave. Le décès est survenu dans 10 cas (45.5%) (HA fulminante n=4 et subfulminante n=5). Une seule patiente, ayant une SHAG a pu bénéficier d'une transplantation hépatique en urgence. Malheureusement, le décès est survenu 45 jours après dans un tableau de péritonite par perforation d'ulcère. Chez un malade porteur d'une citrullinémie, l'évolution était marquée par des hépatites aiguës à rechute (sévère (n=4), grave (n=1)) survenant chaque fois à la suite d'un stress catabolique et spontanément régressives.

CONCLUSION : L'étiologie virale domine les causes des hépatites graves et sévères nous rapprochons ainsi des pays en voie de développement. Toutefois, l'origine médicamenteuse, cause la plus fréquente dans les pays développés est la seconde étiologie dans notre série. Notre travail souligne par ailleurs la gravité des HA graves, l'importance d'une réanimation non spécifique qui préparera la transplantation hépatique, seule issue permettant d'améliorer le pronostic des malades mais malheureusement n'est pas toujours disponible.

P109. Traitement d'un sepsis grave à *Acinetobacter* Multirésistant par Tigécycline en association. Majdoub A, Laajili K, Bannour I, Gara M, Ellouze M. **Anesthésie & Réanimation.** EPS Tahar Sfar. Mahdia. Tunisie.

INTRODUCTION : L'antibiothérapie des états septiques graves à bactéries multi résistantes, est un défi thérapeutique d'autant plus difficile à relever que l'arsenal thérapeutique semble progressé moins vite que les résistances. Nous rapportons deux cas cliniques montrant l'efficacité d'une antibiothérapie de troisième ligne incluant la tigécycline en association lors d'un sepsis grave sur pneumopathie et une infection urinaire à *Acinetobacter baumannii* multi résistant

OBSERVATION 1 : Patient BM polytraumatisé grave ; Traumatisme crânien grave, traumatisme ouvert de membre inférieur gauche nécessitant une ostéosynthèse. Mis sous ventilation assistée et sous antibiothérapie par Amoxicille – Acide Clavulanique pendant 48 heures. Une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique a été observée à J4 d'hospitalisation nécessitant une antibiothérapie à large spectre associant Tazocilline et Amikacine avec une bonne évolution. A J26 d'hospitalisation le patient a présenté un sepsis grave, le bilan infectieux trouve une infection urinaire à *Acineto Bacter Baumanii* Multi résistant sensible seulement à la Colimycine (Tigécycline non testée). Une rémission complète a été observée après huit jours d'antibiothérapie associant Tigécycline et Colimycine.

OBSERVATION 2 : Patient AF polytraumatisé suite à un accident de la voie publique, Traumatisme cranien grave et fracture de la jambe droite nécessitant une ostéosynthèse.

Patient mis sous ventilation mécanique. L'évolution a été marquée par une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique à J7 d'hospitalisation nécessitant une antibiothérapie à large spectre associant Imipinème et amikacine. Devant la persistance du sepsis grave et la présence d'*Acinetobacter baumannii* multirésistant aux prélèvements bactériologiques (Aspiration trachéale), le patient a été mis sous association Tigécycline et Colimycine avec une bonne évolution dans huit jours.

DISCUSSION : Nos deux observations permettent de montrer l'intérêt d'une association antibiotique incluant de la tigécycline dans les infections graves à *A. baumannii* multirésistant. Elle illustre une fois encore, pour cette bactérie, la rapidité d'émergence de souches multirésistantes sous antibiothérapie, pouvant conduire à une impasse thérapeutique. Chez certains malades et pour certaines souches d'*A. Baumannii*, en l'état actuel des profils de résistance, la tigécycline en association peut être un moyen efficace de sortir d'une telle impasse

P110. Les encéphalites de l'enfant en réanimation pédiatrique.

F.Turki, I.Mejdoub, L.Gargouri, B.Maalej, R.Ben Abdallah, G.Tounsi, N.Ben Halima, A.Mahfoudh. **Service de Pédiatrie, Urgences et Réanimation pédiatrique, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie**

INTRODUCTION: Les infections neuro-méningées constituent un motif fréquent d'hospitalisation en milieu pédiatrique. Les encéphalites sont majoritairement d'origine post-infectieuse. Réputée d'être bénignes, les encéphalites peuvent revêtir des formes graves, voire fatales. On se propose dans ce travail d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des encéphalites aiguës de l'enfant.

PATIENTS ET METHODES : Etude rétrospective colligée au service de Pédiatrie, Urgences et Réanimation pédiatrique du CHU Hédi Chaker de Sfax, sur une période de 6 ans (du 1/1/2007 au 31/12/2011).

RESULTATS : Nous avons colligé 15 cas d'encéphalite. Sept patients étaient de sexe masculin (46%). L'âge moyen était de 3 ans. Une prédominance hivernale a été notée (8 cas). Des antécédents de fièvre éruptive ont été retrouvés dans 4 cas. L'origine rubéolique a été retenue dans 3 cas. Le délai moyen d'apparition des troubles neurologiques était de 6 jours. La fièvre (73%), les crises convulsives (66%) et les troubles de la conscience (60%) étaient les principaux signes fonctionnels. L'examen physique a objectivé un syndrome méningé dans 5 cas, suivi de paraparésie et de nystagmus dans 2 cas, syndrome cérébelleux statique dans 1 cas. L'imagerie cérébrale, réalisée chez tous les patients, a conclu à une méningoencéphalite dans 6 cas, rhomboencéphalite dans 4 cas, une encéphalomyéloradiculite dans 1 cas et une atteinte encéphalique isolée dans 4 cas. Tous les patients avaient eu une ponction lombaire. Parmi eux, cinq avaient une méningite lymphocytaire, et 1 purulente. Dans un seul cas, l'agent infectieux a été détecté dans le liquide céphalorachidien. Une synthèse intrathécale d'immunoglobulines spécifiques était présente dans 1 cas. L'éléctroencéphalogramme, pratiqué chez 6 patients, s'est révélé pathologique dans tous les cas. Devant l'état neurologique précaire, 10 patients ont été hospitalisés dans l'unité de soins intensifs, dont 9 ont nécessité le recours à la ventilation assistée. Huit patients ont reçu l'acyclovir en première intention, traitement interrompu au bout de 9 jours en moyenne devant l'absence d'images radiologiques et de marqueurs biologiques évocateurs de l'origine herpétique. Outre le traitement symptomatique, tous les patients ont bénéficié d'une corticothérapie à fortes doses pour une durée moyenne de 4 semaines. L'évolution était favorable sans séquelle dans 12 cas et fatale pour 3 patients.

CONCLUSION: Les encéphalites constituent une urgence diagnostique et thérapeutique pouvant mettre en jeu le pronostic vital du patient et un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation pédiatrique. Malgré le développement des moyens diagnostiques, l'étiologie de l'encéphalite n'est pas identifiée dans la plupart des cas.

P111. Aspergillose cérébrale chez un patient immunocompétent.

A. Aouam, A. Toumi, H. Ben Brahim, C. Loussaief, F. Ben Romdhane, N. Bouzouaia, M. Chakroun **Service des Maladies Infectieuses – EPS F. Bourguiba 5014 Monastir. Tunisie.**

INTRODUCTION: L'aspergillose est une maladie essentiellement opportuniste, qui survient surtout chez les immunodéprimés. Bien que la localisation pulmonaire soit la plus fréquente, d'autres localisations peuvent s'observer. L'aspergillose cérébrale reste une localisation rare chez les patients immunocompétents.

Nous rapportons le cas d'un patient hospitalisé pour une aspergillose cérébrale.

OBSERVATION: Un patient âgé de 39 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, avait présenté brutalement des céphalées intenses et un fourmillement de l'hémiface droite. L'examen physique notait une température à 37,2°C, un bon état hémodynamique et respiratoire, une monoparésie du membre inférieur gauche et un bégaiement. Au plan biologique, les globules blancs étaient à 8600/mm³ et la CRP était négative. Une TDM cérébrale pratiquée avait montré une lésion temporale gauche hypodense ne se rehaussant pas après injection de produit de contraste. Le diagnostic d'une tumeur cérébrale était suspecté, le malade était opéré. L'examen anatomopathologique de la masse réséquée avait objectivé un amas de filaments mycéliens septés présentant des ramifications à 45° mis en évidence par la coloration de Gomori Grocott. La coloration à l'HES avait montré des filaments entourés par un infiltrat inflammatoire granulomateux, cet aspect était en faveur d'une aspergillose. L'examen microbiologique de cette masse était négatif. La sérologie aspergillaire était négative et la radiographie de thorax n'avait pas montré de localisation pulmonaire primitive. La radiographie des sinus était normale et les prélèvements nasal et auriculaire n'avaient pas isolé d'*Aspergillus*. Le patient était traité par Amphotéricine B (1 mg/kg/j) pendant 17 jours relayé par l'itraconazole 400 mg/j pour une durée totale de 4 mois. L'évolution était favorable avec une régression du bégaiement et des signes de localisation. Le contrôle scannographique au 2^{ème} mois avait montré une diminution de la lésion.

CONCLUSION: L'aspergillose cérébrale est une pathologie rare et grave. Son diagnostic est difficile en dehors d'une immunodépression. Il devrait être évoqué précocement pour éviter son évolution fatale. Les possibilités diagnostiques et thérapeutiques ont permis d'améliorer le pronostic surtout, chez l'immunocompétent.

P112. Mucormycose rhino-orbito-cérébrale : un diagnostic à ne pas manquer.

A. Aouam, A. Toumi, H. Ben Brahim, C. Loussaief, F. Ben Romdhane, N. Bouzouaia, M. Chakroun. **Service des Maladies Infectieuses. EPS Fattouma Bourguiba Monastir. Tunisie.**

INTRODUCTION : La mucormycose est une infection fongique aiguë rare et très grave d'évolution souvent mortelle. Elle est due à des champignons de l'ordre des Mucorales et survient généralement chez des patients diabétiques et immunodéprimés.

MATERIELS ET METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 5 observations de mucormycose rhino-orbito-cérébrale colligées dans le service de Maladies Infectieuses du CHU Fattouma Bourguiba durant la période 1995-2007. Le diagnostic de mucormycose était

confirmé par la mise en évidence de filaments de mucorales à l'examen histologique des prélèvements biopsiques.

RESULTATS : Les malades inclus étaient répartis en 3 femmes et 2 hommes âgés en moyenne de 48 ans (27 – 61 ans). Parmi les facteurs favorisants, le diabète était le plus fréquent, noté dans tous les cas. Deux malades avaient une insuffisance rénale chronique.

La découverte était tardive dans tous les cas. Au plan clinique, les plaintes fonctionnelles étaient à type d'altération de l'état général dans 3 cas, de frissons dans 2 cas, de céphalées et d'anosmie dans un cas chacune. Le tableau clinique était dominé par une exophtalmie (n=5), un œdème périorbitaire ou de la face (n=4), une tuméfaction de la face (n=4) et une atteinte des nerfs crâniens (n=4). Les troubles de la conscience étaient notés dans 3 cas. La rhinoscopie avait montré des lésions nécrotiques nasales ou palatines dans 4 cas et des lésions œdémateuses nasales dans un cas.

Au plan biologique, une acidocétose diabétique était notée dans tous les cas. Un syndrome inflammatoire biologique était noté dans 4 cas. Tous les malades avaient bénéficié d'une tomodensitométrie cérébrale et du massif facial. L'atteinte sinusienne était constante. L'extension des lésions vers l'orbite était notée chez tous les malades et une thrombose du sinus caverneux dans 2 cas. La confirmation diagnostique était obtenue par l'examen anatomopathologique.

Au plan thérapeutique, tous les malades avaient bénéficié d'un traitement antifongique par voie intraveineuse, à base d'amphotéricine B pour une durée moyenne de 32 jours (8 à 63 jours). Un débridement chirurgical était associé dans 4 cas. Une réanimation médicale avec une insulinothérapie et une surveillance stricte de la glycémie était prescrite chez tous les malades.

L'évolution était favorable dans deux cas avec un recul de 18 et 21 mois. Une patiente avait présenté une récurrence locale. Trois malades sont décédés suite à un trouble du rythme ventriculaire secondaire à une hyperkaliémie rebelle au traitement, à une détresse neurologique et à un état de choc hémorragique.

CONCLUSION : La mucormycose est une infection grave. Elle s'observe surtout chez le diabétique. Elle est caractérisée par un polymorphisme clinique. Le diagnostic repose sur les données de l'examen histologique et mycologique. Le pronostic est corrélé à la rapidité du traitement antifongique couplé à la chirurgie.

P113. Fasciite nécrosante : à propos de 28 cas présentant un faible taux de mortalité.

A. Aouam, A. Toumi, H. Ben Brahim, C. Loussaif, F. Ben Romdhane, N. Bouzouaia, M. Chakroun.
Service des Maladies Infectieuses – EPS F. Bourguiba 5014 Monastir. Tunisie.

INTRODUCTION : La dermohypodermite bactérienne nécrosante ou fasciite nécrosante est une infection sévère des tissus mous touchant le derme, l'hypoderme et l'aponévrose musculaire. Il s'agit d'une urgence médicochirurgicale mettant souvent en jeu le pronostic vital et fonctionnel.

Le but de cette étude est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de cette infection.

MATERIELS ET METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 28 observations de fasciite nécrosante colligées dans le service de Maladies Infectieuses du CHU Fattouma Bourguiba durant la période allant du Janvier 1992 jusqu'au Décembre 2011. Le diagnostic de fasciite nécrosante était retenu devant un score diagnostique de Hammar > 18 et/ou la constatation peropératoire d'une nécrose tissulaire.

RESULTATS : Il s'agissait de 28 malades répartis en 20 hommes et 8 femmes âgés en moyenne de 65 ans (19-89 ans). Les facteurs de risque étaient dominés par le diabète dans 13 cas

(46,4%). Un traitement immunosuppresseur était prescrit dans 3 cas (10,7%). Au plan clinique, un placard œdémateux et douloureux était noté dans tous les cas associé à la fièvre dans 19 cas (67,8%). Il s'agissait d'. La nécrose et les phlyctènes étaient notés chacun dans 21 cas (75%), les ulcérations dans 17 cas (60,7%) et les bulles hémorragiques et la cyanose chacune dans 4 cas (14,3%). Le purpura et la crépitation sous cutanée n'étaient présents que dans un cas chacun (3,6%). La fasciite nécrosante touchait le membre inférieur dans 22 cas (78,5%) le membre supérieur dans 4 cas (14,3%) et les fesses dans 2 cas (7,1%). Un sepsis sévère était noté dans 12 cas (44,4%) dont 2 évoluaient vers un choc septique. Le traitement était médico-chirurgical dans 25 cas (89,3%). La chirurgie avait comporté une excision du tissu nécrosé dans 21 cas (84%) et une amputation dans 4 cas (17,4%). Le prélèvement bactériologique per opératoire, pratiqué dans 17 cas (60,7%), avait permis d'isoler *Pseudomonas aeruginosa* dans 4 cas (23,5%), *Staphylococcus aureus* dans 3 cas (17,6%), *Enterobacter* et streptocoque bêta-hémolytique du groupe A chacun dans 2 cas (11,8%) et *Morganella morganii* dans un cas (5,9%). L'antibiothérapie avait comporté une association ciblant les bacilles à Gram négatif, les cocci à Gram positif et les anaérobies. Sa durée moyenne était de $28,6 \pm 9$ jours. L'évolution était favorable sans séquelles dans 22 cas (78,6%). Deux malades sont décédés (7,1%) par choc septique dont un n'ayant pas bénéficié de chirurgie.

CONCLUSION : Notre travail confirme la gravité de la fasciite nécrosante qui constitue une extrême urgence diagnostique et thérapeutique. Elle se complique fréquemment de sepsis grave et de choc septique. Son pronostic est lié à la précocité d'une antibiothérapie à large spectre associée à la chirurgie.

P114. Pathogénie de la pneumonie nosocomiale à enterocoque faecium dans le cadre d'une infestation à myiase.

Azouzi A (1), Beji O(1), Manai R(1), Bouallegue O(2), Ketata S(2), Boujaafar N(2), Hmouda H(1).
Service de réanimation médicale, CHU Sahloul, Sousse. Laboratoire de microbiologie, CHU Sahloul, Sousse. Tunisie.

INTRODUCTION : L'entérocoque est un important agent pathogène responsable de plusieurs infections nosocomiales tous sites confondus, parmi lesquelles le poumon est rarement impliqué. Il est démontré que les mouches sont des vecteurs de plusieurs agents infectieux telle la relation existante entre entérocoque et myiases. Nous rapportons 2 observations survenant en milieu de réanimation illustrant une infestation à myiase associée à une pneumonie à *Entérocooccus faecium*.

OBSERVATIONS : 1^{er} cas : femme de 36 ans, admise pour état de choc septique à point de départ digestif (colite aiguë grave) avec défaillance multiviscérale dans un contexte de syndrome hémolytique et urémique. La prise en charge a consisté en un traitement symptomatique (ventilation artificielle, expansion volémique, catécholamines, EER) associé à un traitement étiologique (antibiothérapie, échanges plasmatiques...). A J12 d'hospitalisation elle a présenté une infestation nasale par myiase, ayant nécessité essentiellement des soins locaux itératifs. A J17 (soit j5 après l'infestation) elle a développé une pneumonie à *Entérocooccus faecium* (critères clinico-biologiques, radiologiques et microbiologiques) traitée par vancomycine et gentalline. L'évolution a été défavorable.

2^{ème} cas : femme de 78 ans, admise pour détresse respiratoire en rapport avec un OAP cardiogénique ayant nécessité le recours à la ventilation invasive. A J7 d'hospitalisation infestation par myiase nasale, la patiente développe également 6 jours après une pneumonie à *Entérocooccus faecium* traitée par vancomycine et gentalline avec une évolution favorable.

DISCUSSION : Les 2 cas de myiases suivis de pneumonies à *Entérocooccus faecium* sont survenus dans la même période d'hospitalisation en réanimation.

La même espèce parasitaire (*Calliphora Vomitaria*) a été isolée chez les 2 patientes. La pneumonie à *Entérocooccus faecium* est une localisation rare, la littérature est très pauvre même si certains abcès pulmonaires à ce germe ont été décrits par des équipes chinoises. Pour la pathogénie, les mouches ne sont pas de simples vecteurs mécaniques de germes, plusieurs études ont démontré la capacité de l'entérocoque ainsi que d'autres germes à survivre et à se multiplier dans le tube digestif des mouches.

CONCLUSION : La pneumonie nosocomiale à *Entérocooccus faecium* dans le cadre d'une infestation à myiase n'a jamais été décrite. La prise en charge consiste en une antibiothérapie systémique adaptée à côté d'un traitement symptomatique approprié. Le traitement anti parasitaire n'est pas indiqué.

P115. Un syndrome d'activation macrophagique révélant une drépanocytose double hétérozygote s/c.

F. Azaiez, S. Aissa, B. Kilani, L. Ammari, R. Abdelmalek, A. Berriche, A. Goubantini, F. Kanoun, H. Tiouiri Benaissa. **Service des maladies infectieuses, Hôpital la Rabta, TUNIS.**

INTRODUCTION : La maladie drépanocytaire est une maladie grave qui constitue un vrai problème de santé publique en Tunisie. La forme hétérozygote SC, relativement peu fréquente sous nos climats, est une forme moins sévère de la maladie, pouvant passer longtemps inaperçue. Les circonstances de découverte de cette forme sont celles de la maladie drépanocytaire en général, à savoir, les crises vaso-occlusives, l'anémie aiguë et les infections, qui surviennent de façon récidivante dès la petite enfance.

OBSERVATION : Notre patient est âgé de 36 ans, technicien de radiothérapie (notion d'accidents répétés d'exposition au sang lors des tatouages) , sans antécédents, admis dans un tableau de sepsis sévère d'installation progressive en 15 jours , associant fièvre, altération de l'état général, toux, dyspnée et arthralgies. L'examen initial trouve : fièvre à 38.5, ictère franc, TA à 140/80 mmHg, tachycardie régulière sinusale à 140 bpm, tachypnée avec syndrome de condensation basal droit et diminution du murmure vésiculaire avec matité de la base gauche, hépatomégalie et splénomégalie à 3cm du rebord costal. Au bilan biologique : bicytopenie (thrombopénie, anémie à 7.3g/dl hypochrome microcytaire), hyperleucocytose à PNN, CRP à 280 mg/l, discrète cytolysé hépatique, hyperbilirubinémie mixte, ferritinémie>2000ng/ml et LDH à 1267U/L avec CPK normales. A la radiographie du thorax : foyer alvéolaire basal droit, comblement du cul de sac pleural gauche ; à l'échographie abdominale : hépatomégalie et splénomégalie. Le diagnostic de sepsis à porte d'entrée cutanée (à hémocultures négatives) est retenu et le patient mis sous CEFOTAXIME+FOSFOMYCINE. Une TDM thoraco-abdominale objective : adénomégalies sus-diaphragmatiques, foyers de condensation pulmonaires bilatéraux, épanchement pleural gauche peu abondant, hépatomégalie et splénomégalie hétérogène avec foyers d'infarctissement périphériques multiples. Un aspect hétérogène multifocal des os est noté, retrouvé sur une scintigraphie osseuse. Une ponction sternale met en évidence des images d'hémophagocytose. Le diagnostic de syndrome d'activation macrophagique est retenu devant : fièvre>7 jours, thrombopénie <100000, Hb<9g/dl, ferritinémie>500ng/ml, splénomégalie et images d'hémophagocytose. L'évolution était favorable sous traitement étiologique antibiotique seul avec apyrexie stable et amélioration générale dès le sixième jour de traitement, ainsi qu'une correction progressive des paramètres biologiques jusqu'à la fin du traitement. Cependant, la splénomégalie persistait, et l'aspect hétérogène des os n'était toujours pas expliqué. La reprise de l'interrogatoire retrouve des antécédents de crises algiques osseuses récidivantes dès la petite enfance nous « mettant la puce à l'oreille » et

faisant faire une électrophorèse de l'hémoglobine. L'énigme se résout enfin : il s'agit d'un profil de drépanocytose double hétérozygote SC.

CONCLUSION : la drépanocytose dans ses formes atténuées, généralement chez les patients doubles hétérozygotes notamment SC, peut rester longtemps méconnue. Il faut savoir y penser devant la présence de lésions ischémiques multiples surtout osseuses ou spléniques.

P116. Infection nosocomiale en milieu obstétrical.

C.Mrazguia; N.Bouchouicha; M.Regagieg; I.Brahem; A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique Hôpital Med Tlatli de Nabeul. Tunisie.**

INTRODUCTION : Une infection nosocomiale est une infection contractée au cours d'un séjour hospitalier et qui n'était ni présente ni en incubation au moment de l'entrée. Les infections nosocomiales représentent dans tous les services hospitaliers, et particulièrement les maternités, un enjeu en terme de santé publique. Elles sont responsables d'une augmentation de la morbidité et occasionnent un coût important pour la collectivité.

OBJECTIF : Etablir l'incidence de l'infection nosocomiale chez les accouchées à la maternité de Nabeul Identifier les facteurs de risque médicaux et/ou obstétricaux.

PATIENTES ET METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de gynécologie obstétrique de la maternité de Nabeul incluant tout les cas d'infections nosocomiales observées dans notre service sur une durée de 1 an : de Janvier 2010 à Décembre 2010. Les infections nosocomiales étudiées, qui répondent aux critères de diagnostic, sont représentées par : l'endométrite ; l'infection urinaire ; l'infection de site opératoire (cicatrice abdominale de césarienne, cicatrice d'épisiotomie) et les infections diverses minoritaires (« autres ») sont également rencontrées : pneumopathie, lymphangite, infection sur cathéter veineux. .

RESULTATS : Durant cette période de 1 an nous avons colligé 5921 accouchements dont 2184 par césarienne (36,88%). Nous avons observé 59 cas d'infection nosocomiale représentées comme suit : 21 cas de pyélonéphrite, 18 cas d'infection du site opératoire, 3 cas d'infection de l'épisiotomie, 8 cas d'endométrite du postpartum, 3 cas de pelvipéritonite postopératoire, 6 broncho-pneumopathies. Le taux d'incidence des infections nosocomiales est significativement plus élevé chez les césarisées que chez les accouchées par voie basse. La fièvre était présente dans tous les cas. Toutes les patientes ont été mises sous antibiothérapie selon le cas. Une patiente a nécessité un transfert dans un service de réanimation pour état de choc septique. Aucun cas de décès maternel n'a été déploré.

CONCLUSION : L'infection nosocomiale en milieu obstétrical est potentiellement grave, pouvant mettre en jeu le pronostic vital maternel. Une surveillance épidémiologique continue des IN maternelles devrait être instaurée pour assurer une prévention efficace et une diminution de la morbidité et la mortalité liées à cette pathologie.

P117. La mucormycose rhino-orbito-cérébrale.

Djaziri L, Attia H, Zghidi SM, Jaoua H, Ben Fadhel K. **Sce Anesthésie Réanimation Hôpital Habib Thameur Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : La mucormycose est une affection mycosique rare mais souvent fatale, survenant sur des terrains débilisés. Elle est due à la prolifération de champignons cosmopolites de la famille de mucorales. Elle entraîne des lésions délabrantes et extensives des parties molles avec risque de thromboses vasculaires.

OBSERVATION : nous rapportons l'observation d'un jeune homme, âgé de 36ans aux antécédants d'extraction dentaire qui remonte a 15j pour laquelle il a été mis sous antibiotiques et corticoïdes pendant 02semaines et qui consulte pour une tuméfaction de l'hémiface gauche et une rhinorrhée purulente antérieur.

Devant une aggravation de l'état local sous antibiothérapie à large spectre avec l'apparition d'une exophtalmie, d'une ophtalmoplégie et d'un ptosis, une infection mycosique est fortement suspectée, d'autant plus qu'on découvre un diabète non traité chez ce patient. L'examen parasitologique d'un prélèvement local a mis en évidence des filaments mycéliens dont la culture a isolé un *Rhizopus oryzae*. Un traitement par amphotéricine B était mal toléré (altération de la fonction rénale en 4jours).L'évolution spontanée était rapidement défavorable avec une extension locorégionale importante aboutissant au décès.

CONCLUSION : La mucormycose rhino-orbito-cérébrale est une affection fongique rare, rapidement évolutive touchant les fosses nasales, les sinus, l'orbite et l'encéphale, survenant sur un terrain particulier (diabète, immunodépression).

P118. Incidence et profil bactériologique des méningites nosocomiales dans un service de réanimation polyvalente.

W. Sellami(1), Z. Hajjej(1), H. Messoudi(1), M. ABID(1), M. Daiki(1), Ch. Bouguerra(2), M S. Asli(3), H. Gharssallah(1), R. Bellaaj(2), F. Barguellil(3), I. Labbene(1), M. Ferjani(1)

(1) : Service d'anesthésie réanimation polyvalente HMPIT. TUNISIE

(2) : Service d'hygiène hospitalière et protection de l'environnement HMPIT. TUNISIE

(3) : Service de Bactériologie HMPIT. TUNISIE

INTRODUCTION : Les méningites nosocomiales (MN) sont des pathologies graves, en constante augmentation vu le développement de la neurochirurgie. Le but de ce travail est de le profil bactériologique des MN dans un service de réanimation polyvalente et d'étudier le profil de résistance aux antibiotiques des bactéries incriminées.

MATERIELS ET METHODES : Etude rétrospective réalisée au service d'anesthésie réanimation de l'hôpital Militaire de tunis s'étalant sur une période d'un an (janvier 2010 – janvier 2011), ayant concerné tous le liquide céphalorachidien (LCR), prélevés par ponction lombaire, des patients hospitalisés pendant cette période de plus de 48 heures et dont la symptomatologie faisant évoquer une méningite.

RESULTATS : Nous avons colligés et selon les critères de détermination du caractère nosocomial d'une infection, 15 cas de méningites nosocomiales. L'âge moyen de nos patients était de 50 ans avec un sex ratio de 1,1. Dix cas de méningites sont survenues en postopératoire (volet décompressif, tumeur cérébrale, AVC hémorragique...) et 5 cas consécutifs à la mise en place d'une dérivation ventriculaire (DVE ou DVP). Du point de vue bactériologique, les BGN ont été isolés dans 12 cas : *Acinetobacter Baumannii* (n=8), *Klebsiella pneumonia* (n=3) et *Pseudomonas aereuginosa* (n=1). Le *staphylococcus aureus* a été isolé dans 3 cas. Les taux moyen de résistance aux antibiotiques étaient : imipenème (75%), céfotaxime (60%), ceftazidime (50%), ticarcilline (62%), pipéracilline (50%), amikacine (50%), ciprofloxxine (50%), rifampicine (45%) et sulfaméthoxazole-triméthoprime (30%). Les souches de *staphylococcus aureus* étaient toutes résistantes à la méticilline et résistantes à la gentamicine (60%), rifampicine (15%), fosfomycine (10%) et le sulfaméthoxazole-triméthoprime (60%) des cas. Aucune résistance aux glycopeptides n'a été notée.

DISCUSSION ET CONCLUSION : Les méningites nosocomiales constituent des pathologies rares mais graves et peuvent engager le pronostic aussi bien fonctionnel que vital. Elles sont la conséquence directe des gestes invasifs touchant le cerveau ou la sphère ORL. Les bactéries impliquées sont pour la plupart multi résistantes avec une large prédominance de

l'Acinetobacter Baumannii. La prévention de ce genre d'infection passe par le respect des règles de base de l'hygiène hospitalière tels que le lavage des mains, le port de gants, l'isolement des malades porteurs de BMR et l'usage rationnel des antibiotiques.

P119. Une hépatite aiguë virale à Epstein Barr virus chez un immunocompétent.

Gharbi R, Y Touil, H Ben Sik Ali, T Ellouz, M Fekih Hassen, S Elatrous. **Service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar, Mahdia. Tunisie.**

INTRODUCTION : Les atteintes hépatiques graves sont dues le plus souvent aux virus d'hépatite C et B. L'Epstein Barr virus (EBV) est rarement mis en cause. Nous rapportons ici le cas d'une hépatite aiguë à EBV chez un immunocompétent.

L'OBSERVATION: Mr AO, âgé de 50 ans, épileptique depuis le jeune âge sous Tegretol et en arrêt de son traitement anti épileptique depuis une semaine. Il s'est présenté aux urgences pour crise convulsive qui a cédé après l'administration d'une ampoule de valium. A l'examen clinique : patient conscient, présentant un ictère cutanéomuqueux avec des adénopathies cervicales, une hépatomégalie et une splénomégalie, pas de circulation veineuse collatérale et pas d'ascite. Biologie ; ASAT/ALAT : 2630/2260UI/l, BT/BD : 40/39UI/l, glycémie à 3.49 mmol/l, et TP : 13%. A l'échographie abdominale le patient présente une hépatomégalie une splénomégalie, sans nodules et sans signes d'hypertension portale. Il a été admis en Réanimation Médicale pour prise en charge d'une hépatite aiguë grave. L'examen bactériologique confirme la primo-infection à EBV (Ac anti VCA igg : positif, Ac anti VCA igm : négatif et Ac anti EBNA : négatif). Après son hospitalisation en réanimation, un traitement symptomatique a été instauré et l'évolution était favorable après trois jours. Le bilan de la sortie (ASAT/ALAT : 46/16UI/l, BD/BT : 21/33, TP : 41%)

DISCUSSION ET CONCLUSION : La primo infection par le virus de EBV comporte une fièvre, une asthénie, des adénopathies cervicales, une hépatosplénomégalie et une élévation modérée des transaminases. Elle peut sporadiquement donner des hépatites aiguës et rarement se compliquer d'ictère et insuffisance hépatocellulaire. Le diagnostic repose sur la bactériologie (présence des AC anti capsides du virus igm et/ou igg, négativité d'ebna). La biopsie hépatique peut montrer la présence d'infiltration lymphocytaire du tractus portal et une nécrose focale hépatocytaire. L'évolution spontanée est généralement néfaste avec issue fatale en cas d'immuno déficience ou en cas de syndrome de Portillo. Quelques cas seulement rapportés dans la littérature ont survécu. La prise en charge thérapeutique est le plus souvent symptomatique. Une transplantation hépatique peut être nécessaire.

P120. Analyse d'une fièvre en réanimation.

Sedghiani I, N. Kouraichi, Fathallah I, Brahmi N, Elghord H, Thabet H, Amamou M. **Service de Réanimation Médicale Polyvalente et de Toxicologie, Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : La survenue d'une fièvre chez un patient de réanimation est un événement fréquent. Afin de connaître l'origine de la fièvre, le clinicien est souvent tenté de prescrire un large éventail d'examens complémentaires, aux conséquences en termes iatrogéniques et économiques non négligeables. L'analyse d'une fièvre en réanimation doit donc être faite de façon rationnelle en s'appuyant sur la connaissance des causes les plus fréquentes dans ce contexte et en s'aidant des examens complémentaires les plus pertinents.

BUT DU TRAVAIL : Evaluer la fréquence de survenue d'une fièvre en réanimation, déterminer les causes les plus fréquentes et élaborer une stratégie d'analyse d'une fièvre en réanimation.

METHODES : Etude prospective observationnelle sur 2 mois : novembre et décembre 2011, menée dans un service de réanimation polyvalente de 9 lits d'aigu et 10 lits de post aigu.

RESULTATS : La fièvre est survenue chez 27% des patients, et chez 72,5% des malades sous ventilation mécanique. L'âge moyen des patients était de 37 ± 16 ans. Le score d'APACHE II moyen était de $4,6 \pm 4,3$ et l'IGS II moyen était de $17,18 \pm 12,9$. Dans notre étude, un score APACHE II ≤ 7 a été retenu comme un facteur prédictif d'une fièvre d'origine infectieuse ($p = 0.01$).

La fièvre est apparue dans un délai moyen de $4,75 \pm 8,6$ jours. La fièvre était d'origine infectieuse dans 89,9% des cas et non infectieuse dans 10,1% des cas.

La porte d'entrée infectieuse était pulmonaire dans 52,1%, corrélée à un aspect de courbe de température en plateau ($p=0,000$). Il s'agissait d'une pneumopathie d'inhalation dans 27 cas et d'une PAVM dans 8 cas. Les prélèvements bactériologiques ont mis en évidence des bactéries à Gram négatif dans tous les cas.

Une porte d'entrée vasculaire était retenue dans 31,8% des cas, corrélée à un aspect de courbe de température en pic ($p=0,000$).

Les fièvres non infectieuses ont été en rapport avec une atélectasie, un encombrement bronchique, une pancréatite aiguë ou une fièvre d'origine centrale.

Une antibiothérapie empirique a été entamée devant 32 épisodes fébriles et a été adaptée aux données de l'antibiogramme dans tous les cas.

La durée d'hospitalisation moyenne des patients était de $11,3 \pm 27,9$ jours et l'évolution était favorable dans 91,11%.

CONCLUSION : La survenue d'une fièvre en réanimation est fréquente. Son analyse est complexe et doit s'appuyer sur une démarche diagnostique rigoureuse afin d'améliorer le pronostic des patients et limiter l'émergence des infections à bactéries multi résistantes.

P121. Les encéphalites rubéoliques chez les enfants : Etude rétrospective de 21 cas.

Anis Chaari¹, Rania Ammar¹, Kamilia Chtara¹, Hela Karray², Fatma Medhioub¹, Rania Allala¹, Hssan Dammk¹, Hatem Ghadhoun¹, Mabrouk Bahloul¹, Mounir Bouaziz¹. **Service de réanimation polyvalente – CHU Habib Bourguiba – Sfax. Service de virologie – CHU Habib Bourguiba – Sfax. Tunisie.**

OBJECTIF : Rapporter les caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques et évolutives des encéphalites rubéoliques touchant la population pédiatrique.

Patients et méthodes : Etude rétrospective menée sur une période d'une année (2011). Tous les patients âgés de moins de 15 ans et ayant une encéphalite rubéolique confirmée ont été inclus. Nous avons calculé des fréquences pour les variables qualitatives et la médiane avec les quartiles inférieur et supérieur.

RESULTATS : Durant la période d'étude, 21 enfants ont été inclus. La médiane d'âge a été de 9 (7-11) ans. Le sex-ratio a été de 1,33. Aucun de ces enfants n'a reçu une vaccination contre la rubéole. Le score PRISM médian a été de 7(5-9) points. Une éruption cutanée a été retrouvée chez 17 patients (81 %). La température médiane a été de 38 (37,4-38,8) °C. Le GCS median a été de 7 (7-8) points et 18 patients (85,7 %) avaient un GCS < 8 points. Vingt patients (95,2 %) ont présenté au moins un épisode de convulsion. Un état de mal épileptique a été observé chez 16 patients (76,2 %). Tous les patients ont eu une ponction lombaire à l'admission. Une protéinorachie élevée (> 0,5 g/l) a été observé chez 11 patients (52,4 %). La médiane de la cellularité a été de 14(3-27) éléments/mm³. La médiane de glucorachie a été de 3,99(3,4-4,5) mmol/l. La recherche d'IgM dans le LCR a été positive dans tous les cas. Le scanner cérébral a été réalisé chez 18 patients (85,7 %). L'examen a été normal chez 16 patients (76,2 %). Une IRM a été réalisée chez 11 patients et a été normale chez 8 patients. L'œdème cérébral a été

l'anomalie la plus fréquente (4 patients). Tous nos patients ont nécessité le recours à la ventilation mécanique avec une durée médiane de 3 (2 – 4) jours. Le phénobarbital a été le seul anticonvulsivant utilisé pour les patients ayant développé une épilepsie. Tous les patients ont reçu le céfotaxime (300 mg/kg/j) et l'acyclovir à la dose de 15 mg/kg/8H pendant une durée médiane de 3(2-4) jours. La durée médiane de séjour en réanimation a été de 4 (3-5) jours. Deux patients ont évolué vers le décès (9,5 %).

CONCLUSION : Chez la population pédiatrique, l'encéphalite rubéolique est caractérisée par des troubles profonds de la conscience. Les états de mal épileptique sont particulièrement fréquents. La neuro-imagerie n'est pas spécifique. La mortalité avoisine les 10 %.

P122. Le syndrome d'activation macrophagique en réanimation : Etude de 28 cas.

Anis Chaari¹, Rania Allala¹, Kamilia Chtara¹, Hatem Ghadhoun¹, Bassem Rekik¹, Fatma Medhioub¹, Najla Ben Algia¹, Mabrouk Bahloul¹, Choumous Kallel², Mounir Bouaziz¹. **Service de réanimation polyvalente – CHU Habib Bourguiba – Sfax. 2. Laboratoire d'hématologie, CHU Habib Bourguiba – Sfax. Tunisie.**

BUT: Détailler les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et biologiques des patients ayant présenté un syndrome d'activation macrophagique (SAM) durant leur séjour en réanimation et identifier les facteurs prédictifs de mauvais pronostic.

PATIENTS ET METHODES: Etude rétrospective menée sur une période de 10 ans (du 01/01/2001 au 31/12/2010). Tous les patients admis au service de réanimation médicale du CHU Habib Bourguiba de Sfax (Tunisie) et chez lesquels le diagnostic d'un SAM a été retenu (selon la définition de la Histiocyte Society) ont été inclus.

RESULTATS: Durant la période d'étude, 7211 patients ont été admis dans notre service. Le diagnostic d'un SAM a été retenu chez 28 patients (0.39 %). L'âge moyen des patients inclus a été de 47.36 ± 19 ans. La moyenne du score SAPSII a été de 38.9 ± 11 points alors que la moyenne du score SOFA score a été de 8.11 ± 2.87 points. Le diagnostic a été déjà posé avant l'admission en réanimation chez 7 patients (25 %). Le nombre moyen des critères de la "Histiocyte Society" retenus a été de 5.14 ± 0.36 . Les facteurs déclenchant ont été dominés par les affections néoplasiques (32.1 %) et infectieuses (21.3 %). La durée moyenne de séjour en réanimation a été de 15.82 ± 12.41 jours (allant de 3 à 52 jours). Vingt deux patients ont évolué vers le décès (taux de mortalité en réanimation de 71.4 %). En analyse bivariée, les patients ayant évolué de façon défavorable avaient une fréquence significativement plus élevée d'une altération de l'état de conscience (GCS < 8) (0 % Vs 40 %; **p=0.034**), une natrémie significativement plus élevée (135.63 ± 8.31 Vs 143.65 ± 9.1 mmol/l; **p = 0.04**) et un taux de plaquettes significativement plus bas (40.75 ± 29.17 Vs 73.56 ± 1.59 G/l; **p = 0.026**). En analyse multivariée, seule une thrombopénie sévère définie par un taux < 50 G/l a été identifiée comme facteur indépendant prédictif d'un mauvais pronostic (**OR = 4.47; IC 95% [1.26 – 46.93]; p = 0.042**).

CONCLUSION: Le syndrome d'activation macrophagique est une complication mettant en jeu le pronostic vital des patients en réanimation. Une thrombopénie avec un taux de plaquettes < 50 G/l constitue un facteur indépendant prédictif de mauvais pronostic.

P123. Impact de l'administration précoce des corticoïdes sur l'incidence des pneumopathies nosocomiales chez les polytraumatisés.

Anis Chaari, Olfa Turki, Kamilia Chtara, Hatem Ghadhoun, Rania Allala, Rania Ammar, Fatma Medhioub, Bilel Ezzine, Mabrouk Bahloul, Mounir Bouaziz. Service de réanimation polyvalente – CHU Habib Bourguiba – Sfax. **Tunisie.**

INTRODUCTION : Les pneumopathies nosocomiales (PN) constituent une complication fréquente chez les polytraumatisés nécessitant le recours à la ventilation mécanique (VM). L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact d'une administration précoce d'une corticothérapie à faible dose sur l'incidence de cette complication.

METHODOLOGIE : Etude comparative de 2 cohortes : Une cohorte rétrospective (du 01/09/2010 au 31/03/2011) de patients n'ayant pas eu de corticoïdes (Groupe C(+)) et une cohorte prospective (du 01/04/2011 au 31/12/2011) de patient ayant reçu l'hémisuccinate d'hydrocortisone à la dose de 100 mg toutes les 8 heures pour une durée prévue de 7 jours (groupe C(-)). Le critère de jugement principal est l'incidence des pneumopathies nosocomiales.

RESULTATS : Cent soixante quinze patients ont été inclus (83 pour le groupe C(-) et 92 pour le groupe C(+)). L'âge moyen a été de $38,3 \pm 17,5$ ans. Le sex-ratio a été de 6,6. Le SAPSII moyen a été de 33 ± 8 points avec une médiane de 31 points. Le score ISS moyen a été de 37 ± 6 points. Le score de Glasgow moyen a été de 10 ± 4 points. Tous nos patients avaient un traumatisme crânien. Un traumatisme thoracique associé a été noté chez 78 patients (44,6 %). Un syndrome inflammatoire de réponse systémique initial a été observé chez 61 patients (34,9 %). Un état de choc à l'admission a été retrouvé chez 71 patients (40,6 %). Tous les patients inclus ont été mis sous ventilation mécanique sur les lieux de l'accident. Une pneumopathie nosocomiale a été diagnostiquée chez 49 patients (28 %). Cette incidence a été comparable entre les deux groupes C(+) et C(-) (respectivement 29,3 % et 26,3 % ; $p = 0,676$). La durée moyenne de séjour a été 12 ± 10 jours. La mortalité en réanimation a été de 26,9 %. En analyse multivariée, seul le recours à la trachéotomie a été identifié comme facteur indépendant prédictif de survenue de (PN) (OR = 10,6 ; IC95% [4,9 – 22,8] ; $p < 0,001$). La corticothérapie n'avait pas d'impact sur la survenue de cette complication (OR = 1,6 ; IC95% [0,73 – 3,6] ; $p = 0,234$).

Conclusion : La corticothérapie à faible dose administrée précocement n'a pas été associée à une réduction significative de l'incidence des pneumopathies nosocomiales.

P124. Urosepsis communautaire : profil bactériologique et résistances bactériennes.

Zaghdoudi I, Merhbène T, Rezgui M, Kamkoum W, Belloumi N, El Héchmi YZ, Jerbi Z. **Urgences – Réanimation Médicale. CHU Habib THAMEUR. Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : Les infections du tractus urinaire (ITU) représentent l'une des pathologies infectieuses communautaires les plus fréquentes motivant le recours au SAU. Leur prise en charge est conditionnée par le retentissement systémique de l'ITU et l'évolution du profil de résistances bactériennes

OBJECTIF : Etudier le profil bactériologique et les résistances bactériennes au cours de l'urosepsis communautaire

METHODES : étude rétrospective durant 2 ans (Janvier 2007 - Décembre 2008) colligeant les patients admis pour pyélonéphrite aiguë (PNA) avec un retentissement systémique.

RESULTATS : 32 malades colligés, d'âge moyen 57 ± 19 ans, de sex-ratio égal à 0,52 avec un IGS II moyen à 31 ± 16 . Tous nos patients répondaient aux critères de SIRS. Il s'agissait de 32 PNA compliquées de sepsis sévère dans 2 cas et de choc septique dans 5 cas. Les germes isolés sont

représentés par *E. Coli* dans 75% des cas, *Protéus mirabilis* dans 12,5% des cas entérobactéries dans 12,5% des cas. Concernant *E. Coli*, l'étude de l'antibiogramme montre une résistance à l'amoxicilline dans 75% des cas, une résistance à l'association amoxicilline-acide clavulanique dans 33% des cas, une résistance au céfotaxime dans 17% des cas, une résistance aux fluoroquinolones dans 25% des cas et une résistance au triméthoprim-sulfaméthoxazole dans 50% des cas.

CONCLUSIONS: La prise en charge de l'urosepsis communautaire et particulièrement l'antibiothérapie de 1^{ère} intention doit tenir compte de l'évolution des résistances bactériennes des germes responsables d'ITU .

P125. Profil épidémiologique de l'infection à *Pseudomonas aeruginosa* multirésistant en milieu urologique.

Bouzouita A, Ben Khelifa S, Kerkeni W, Selmi MS, Cherif M, Saidane M, Boutiba I, Derouich A, Ben Slama MR, Slim A, Chebil M . **Service d'urologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : *Pseudomonas aeruginosa* est un pathogène opportuniste infectant préférentiellement des sujets hospitalisés, immunodéficients ou affaiblis. Les difficultés thérapeutiques qu'il engendre conduisent à augmenter la prescription d'antibiotiques avec modification de l'écologie bactérienne des services au profit de souches multirésistantes.

MATERIEL ET METHODES : Etude rétrospective descriptive menée dans le service d'urologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis entre 1997 et 2007. Nous avons recueilli rétrospectivement les données épidémiologiques de 78 patients ayant développé une infection à *Pseudomonas aeruginosa* multirésistant.

RESULTATS : L'âge moyen était de 53 ans. Trente deux patients (41 % des cas) étaient diabétiques. L'exposition antérieure aux antibiotiques a été notée dans 41 cas (52,5 % des cas), et l'exposition à l'imipénème dans 9 cas (11,5 % des cas). Cinquante trois patients (68,2 % des cas) ont eu un geste endoscopique et 25 patients (31,8 % des cas) ont été opérés à ciel ouvert. La durée moyenne des interventions était de 1 heure et 53 minutes. Le drainage post opératoire des urines a duré en moyenne 5,6 jours. Le séjour post opératoire moyen était de 6,8 jours. Les infections à *Pseudomonas aeruginosa* résistant à l'imipénème ont surtout eu lieu en période endémique, à l'exception d'un seul épisode épidémique survenu entre le 25/09/99 et le 30/10/99 durant lequel 9 infections urinaires à *Pseudomonas* résistant ont été diagnostiquées. Les 9 souches épidémiques avaient toutes le même antibiotype ; elles étaient résistantes à tous les antibiotiques testés sauf à la colistine. Les prélèvements de l'environnement avaient permis d'isoler le germe dans plusieurs endroits de l'unité de réanimation post opératoire, entre autres les matelas, les tables de nuit, les lavabos et les scopes. **Conclusion :** L'âge avancé, le diabète, l'exposition antérieure aux antibiotiques et la chirurgie endoscopique paraissent des facteurs favorisant certainement l'infection à *Pseudomonas* multirésistant. Une surveillance épidémiologique et bactériologique s'impose dans les services d'urologie pour pouvoir maîtriser l'émergence d'une telle infection.

P126. Méningo-encéphalite à virus West Nile : à propos d'un cas.

H.El Ghord, H .Samoud, I.Fathallah, I.Sedghiani, A.Mrad, N.Kouraichi, N.Brahmi, M.Amamou.
Service de réanimation médicale .Centre d'Assistance Médicale Urgente CAMU Tunis. Tunisie.

INTRODUCTION : Le virus *West Nile* (VWN) est un arbovirus, fréquemment responsable d'épidémies de méningites et de méningo-encéphalites. En Tunisie, deux pics épidémiques ont été observés en 1997 et en 2003 ayant touché les régions du sahel tunisien.

OBSERVATION : Nous rapportons l'observation du patient SM agriculteur, âgé de 75 ans sans antécédents pathologique notable. Admis le 24 /09/2012 pour altération de l'état de conscience dans un contexte fébrile évoluant depuis 4 jours. A l'examen, le patient est fébrile à 40, stable sur le plan hémodynamique. Sur le plan neurologique Il présente un GCS à 13, une confusion mentale, une désorientation temporo-spatiale avec hallucination visuelle et auditives, une zoopsie, une raideur méningée en fin de course, une hémiparésie gauche, un Syndrome cérébelleux. A la biologie : une CRP à 3mg/L des globules blanc à 7300éléments /mm³ .Une insuffisance rénale fonctionnelle et une fonction hépatique correcte. TDM cérébrale : atrophie corticale. Ponction lombaire : Liquide claire, GB : 80 éléments / mm (PNN 40% Lymphocytes 60%) GR =110 Proteinurrachie = 0.5 g/l , Glucorrachie =4.5 mmol/L . EEG : tracé fait d'un rythme de fond modérément ralenti dépourvu d'anomalies surajoutées. Sérologie : HIV, CMV, Brucelloses, herpes négatives West Nile positive IRM cérébrale : Absence d'AVC récent ischémique ou hémorragique. Absence de signe en faveur d'une thrombose cérébrale. **Discussion**Le virus WN est un Flavivirus dont le cycle naturel implique des oiseaux comme réservoir et des moustiques comme vecteurs. La Tunisie se trouve sur le trajet d'importantes migrations d'oiseaux de l'Afrique vers l'Europe et inversement. L'incubation de la maladie reste imprécise, sa durée varie de 3 à 15 jours .L'infection humaine se traduit par une maladie fébrile souvent peu sévère et les formes asymptomatiques sont fréquentes. La méthode la plus efficace de diagnostic est la recherche d'anticorps (Ac) de type IgM (Élisa) dans le sérum ou le LCR. Le traitement est symptomatique. On ne dispose pas pour l'instant de vaccin. La prévention de l'infection repose sur la prévention des piqûres de moustiques.

CONCLUSION : L'infection à virus WestNile (WNV) est une arbovirose transmise de façon accidentelle à l'homme. Le diagnostic repose sur la détection d'anticorps dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien. Le traitement est surtout symptomatique même si de nouvelles thérapeutiques antivirales spécifiques et des vaccins sont en cours d'élaboration.

P127. Aspergillose pulmonaire aiguë invasive après transplantation rénale pédiatrique.

Abidi Kamel, Jallouli M, Hammi Y, Zarrouk C, Naija O, Gargah T, Lakhoua MR. **Service de Néphrologie pédiatrique. Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'aspergillose invasive est une maladie infectieuse émergente dans différents groupes de patients immunodéprimés. Mais elle est rare chez les patients transplantés rénaux. Les facteurs associés à un risque accru d'aspergillose invasive incluent hémodialyse prolongée, longue corticothérapie post-transplantation, et l'utilisation de tacrolimus seul ou avec le mycophénolate.

OBSERVATION : Dans cette étude, nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 17 ans au stade terminal de l'insuffisance rénale a reçu une greffe rénale provenant d'un donneur cadavérique. Il a présenté une aspergillose pulmonaire invasive révélée par une dyspnée avec hypoxémie sévère et une hémoptysie massive. La radiographie de thorax a objectivé la présence d'infiltrats interstitiels sans épanchement pleural. L'examen direct ainsi que la culture du

lavage broncho-alvéolaire a mis en évidence la présence d'aspergillus. Le patient a présenté une insuffisance respiratoire aigue nécessitant une ventilation mécanique. Un traitement par voriconazole par voie intra veineuse a été lancé. Le patient a altéré sa fonction de greffon. La biopsie rénale réalisée deux semaines après la transplantation a révélé des lésions glomérulaires diffuses, une thrombose capillaire avec une atteinte tubulo-interstitielle. Le traitement immunosuppresseur a été arrêté. Le patient a été détransplanté et a été mis sous programme d'hémodialyse. L'état général du patient s'est amélioré et il a été extubé après 2 semaines de ventilation mécanique. Après un recul de 2 ans de traitement, le patient est asymptomatique, sa radiographie pulmonaire est sans anomalie.

Conclusion: Le taux de mortalité chez les patients greffés atteints d'aspergillose invasive est très élevé. Cependant, le diagnostic précoce et le traitement peut améliorer le pronostic.

P128. Syndrome d'Activation Macrophagique associé à un Paludisme Grave : case report.

A. Trifi¹, A. Terra¹, S. Abdellatif¹, L. Laamari², Kallel K³, M. Oueslati¹, F. Daly¹, S. Ben Lakhal¹, H. Tiouiri², E. Chaker³.

¹ Service de réanimation médicale CHU la Rabta Tunis, Tunisie

² Service des maladies infectieuses CHU la Rabta Tunis, Tunisie

³ Service de mycologie parasitologie CHU la Rabta Tunis, Tunisie

INTRODUCTION : Le paludisme représente un fléau mondial, responsable d'une mortalité considérable. Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) ou hémophagocytose lié à une stimulation inappropriée des cellules macrophagiques dans la moelle osseuse et le système lymphoïde, ce qui entraîne une phagocytose anormale des éléments figurés du sang, il s'agit dans la grande majorité des cas de SAM réactionnels à une pathologie infectieuse ou autre et rarement associé au paludisme.

OBSERVATION : Nous rapportons le cas d'une fille de 16 ans, revenant d'un séjour en côte d'ivoire admise pour fièvre dans un contexte d'altération de l'état général. A l'examen, ictère cutanéomuqueux et splénomégalie. Le bilan biologique note une pancytopenie, une cytolysse à 1.5-2 N, une cholestase, LDH à 732, ferritinémie à 2345 µg/l, triglycérides à 3.39 mmol/l. Le diagnostic de paludisme grave est confirmé par la goutte épaisse et le frottis sanguin positifs à *Plasmodium falciparum* et une parasitémie à 3%. Un myélogramme est pratiqué devant la pancytopenie révélant une hyperplasie mégacaryocytaire avec des aspects d'hémophagocytose. Le diagnostic de SAM compliquant un paludisme grave est retenu. La patiente est traitée par quinine IV relayé par antipaludéens de synthèse per os et une immunothérapie et l'évolution est favorable.

DISCUSSION : Le paludisme est une parasitose liée au parasitisme des hématies par des protozoaires du genre *Plasmodium*. Le *plasmodium falciparum* est l'espèce la plus prédominante dans la région tropicale et la plus dangereuse pour l'homme, inoculé par la pique de l'anophèle femelle. Le diagnostic est établi par la mise en évidence du parasite dans le sang par le frottis sanguin associé à la goutte épaisse. Le syndrome d'activation macrophagique est l'ensemble de signes clinicobiologiques liés à l'activation histiocytaire du système réticuloendothélial, conduisant à une phagocytose anarchique des éléments figurés du sang et des précurseurs médullaires. On distingue des formes primaires héréditaires et des formes secondaires liées à de multiples causes : infectieuse, lymphome, maladies auto-immunes, médicaments.

Le SAM secondaire est dans 50% des cas d'origine virale (EBV+), les autres types d'infections représentent 20,5 % et très rare au cours du paludisme (2 cas rapportés), la persistance d'anomalies hématologiques malgré un traitement antipaludéen adapté doit faire évoquer le SAM. Le mécanisme du SAM au cours du paludisme reste encore mal connu, des niveaux

élevés de cytokines activatrices des macrophages ont été retrouvés dans le sérum de ces patients. Outre le traitement antipaludéen, les médicaments immunomodulateurs sont proposés. Le SAM peut continuer à évoluer indépendamment de l'éradication des parasites.

CONCLUSION Le paludisme est une affection tropicale grave très répandue. Son association avec le SAM est rarement rapportée. La prise en charge de cette association passe par un traitement curatif du paludisme tout de même, un traitement immunomodulateur est parfois indispensable si un SAM est associé.

P129. Performance du « Candida Score » dans le diagnostic et le traitement d'une candidose invasive chez les malades immunocompétents.

A. Trifi, M. Oueslati, S. Abdellatif, F. Daly, A. Terra, S. Ben Lakhal. **Service de Réanimation Médicale CHU la Rabta, Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : Les candidoses systémiques sont des infections fongiques de type candida touchant plusieurs sites non adjacents et normalement stériles. La présence de candida ne signifie pas une infection à candida donc n'implique pas un traitement systématique. Le diagnostic est alors présomptif d'où l'établissement de scores prédictifs de candidémies et dont le plus récent est le candida score (CS). Notre étude a pour but de déterminer l'intérêt du candida score dans l'identification des malades à haut risque de candidose invasive et qui peuvent bénéficier d'un traitement antifongique précoce.

PATIENTS ET METHODE : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle effectuée au service de réanimation médicale du CHU la Rabta sur une période de 9 mois (Janvier 2012 - Septembre 2012). Sont inclus les patients hospitalisés présentant une colonisation candidosique. On a calculé le candida score composé de 4 items : 2 points pour le sepsis, 1 point pour une colonisation multifocale (index mycologique $\geq 0,5$), 1 point pour la nutrition parentérale, et 1 point pour la chirurgie. Par la suite on a déterminé l'incidence de survenue d'une candidose systémique en fonction de sa valeur (<3 vs ≥ 3) et l'intérêt d'un traitement antifongique précoce sur l'évolution. Sont exclus de l'étude : les malades immunodéprimés ou neutropéniques et ceux sous traitement antifongique au cours de l'étude.

RESULTATS : 22 patients sont inclus d'âge moyen de $51,7 \pm 18,9$ ans, de sex ratio à 0,29 et de scores de gravité moyens : IGSII $41,12 \pm 10,5$ et APACHEII $16,75 \pm 4,05$. Les services d'origine sont les urgences dans 60% des cas et les services médicaux dans 30% avec une durée de séjour moyenne avant leur admission en réanimation de $8,4 \pm 7,6$ jours. 15 patients sont en EDC septique ou sepsis sévère. La distribution des principaux FDR d'une candidose invasive et le calcul du CS figurent dans le tableau suivant :

FDR	CS=0 (4 patients)	CS=1 (3 patients)	CS=2 (7 patients)	CS=3 (1 patient)	CS=4 (7 patients)
EDC ou sepsis sévère	0	0	7	1	7
Nutrition parentérale	0	1	0	1	6
Index mycologique ≥ 0.5	0	2	0	0	7
Chirurgie	0	0	0	0	1
VMC	1	1	6	1	6
KVC	2	2	7	1	6
SV	4	3	7	1	7
ATB préalable	1	1	6	1	5
Diabète	3	3	3	0	3

L'EDC septique est associé à une candidose invasive dans 3 cas (2 candidémies à *C. albicans*, une ILC à *C. glabrata*) et à une fongémie à trichosporon dans un cas. Chez ces patients (n=4) le CS est ≥ 3 . Le taux d'incidence d'une candidose invasive est de 0% quand le CS < 3 et de 37.5% si CS ≥ 3 . La mortalité chez les patients avec un CS < 3 est de 48,3%, elle est de 78,5% si CS ≥ 3 .

CONCLUSION : Notre étude vient confirmer la performance indiscutable du CS dans la distinction des patients de réanimation qui ont une forte probabilité de développer une candidose invasive, pouvant donc bénéficier d'un traitement antifongique précoce, de ceux dont la candidose invasive est improbable.

P130. Corrélation entre taux de CRP, Nt-proBNP, troponine, procalcitonine et la moratalité par sepsis sévère en milieu de réanimation.

W. Sellami, S. Ghariani, H. Messoudi, S. Thabet, H. Gharssallah, I. Labbène, M. Ferjani. **Service d'anesthésie réanimation polyvalente Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis. TUNISIE**

INTRODUCTION : Plusieurs études ont retrouvé une corrélation entre la mortalité et le taux de procalcitonine (PCT) [1], Troponine, protéine-C-Réactive (CRP), N-terminal-pro-brain-natriuretic-protein (NT-proBNP) [2]. Le but de ce travail est d'évaluer la performance de PCT, NT-ProBNP, Troponine et CRP dans la prédiction de la mortalité des patients atteints de sepsis sévère admis en réanimation.

MATERIEL ET METHODES : Etude prospective menée au service d'anesthésie réanimation de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis sur une période de 2 ans. Les critères d'inclusions sont les patients adultes admis en réanimation présentant un sepsis sévère à l'admission ou au cours de leur hospitalisation. Les critères de non inclusions sont : Age < 16 ou > 80 ans, malades greffés ou sous traitement immunosuppresseur, maladies de système ou néoplasies, femmes enceintes, choc septique ou cardiogénique. Critère de jugement : mortalité à j28. Les dosages ont été effectués chez les patients ayant eu un sepsis sévère. Les groupes désignaient un point biologique et non un patient. Test statistique : Test de Mann-Whitney, courbe ROC et test Chi 2

RESULTATS : 141 patients inclus correspondant chacun à plusieurs points biologiques pour chaque biomarqueur

Nombre de points biologiques		survivants (j28) n=111	Non survivants (j28) n=30	p
NT- proBNP	132	701 (106-1799)	1700 (389-9987)	0,003
Troponine	232	0,1 (0,064-0,1)	0,1 (0,1-0,1)	0,26
PCT	175	1.06 (0,59-5,4)	1,3 (0,5-3,26)	NS
CRP	270	136 (85-197)	153 (73-245)	NS

Les seuils pour le NT-proBNP et la troponine ont été déterminés

	AUC	Seuil	Sensibilité%	Spécificité%	P
Troponine	0,588	0,01	21	94	0,012
NT-proBNP	0,664	301	38	91	0,001

AUC : aire sous la courbe

CONCLUSION : Ces résultats montrent que seuls les troponines et le NT-proBNP peuvent aider à la stratification du risque de mortalité des malades admis en réanimation dans pour sepsis sévère

P131. L'éosinopenie est-elle un marqueur de pronostic chez les patients en état de choc septique ?

Y Touil, H Ben Sik Ali, Gharbi R, R Atig, S Ayed, M Fekih Hassen, S Elatrous. **Service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar, Mahdia. Tunisie.**

INTRODUCTION : Le choc septique représente 10% des motifs d'hospitalisation en réanimation. Plusieurs marqueurs inflammatoires jouent un rôle important dans la prédiction du pronostic des patients en état de choc septique. Sous l'action des cytokines, le taux des éosinophiles diminue pour participer à l'apoptose dans les états septiques graves.

Objectif : le but de cette étude est de déterminer si l'éosinopénie (taux d'éosinophiles <1%) est un marqueur de pronostic dans le choc septique.

MATERIELS ET METHODES : C'est une étude rétrospective réalisée entre janvier 2011 et mars 2012 dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Tahar Sfar de Mahdia. Tous les patients en choc septique (selon les critères établis par the American College of Chest physicians and the society of Critical Care Medecine) sont inclus. Les patients âgés moins de 18 ans et ceux qui ont eu une durée de séjour inférieure à 48 h sont exclus.

LES PARAMETRES RECUEILLIS sont : les caractéristiques démographiques, le score de gravité (SAPSII), la porte d'entrée, les germes en cause, le taux d'éosinophilie, la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique et la mortalité.

RESULTATS : Durant la période de l'étude, 71 patients (âge moyen 63 ± 15 ans, sexe ratio 1.62, SAPSII moyen 48 ± 19) ont été inclus. L'infection est communautaire dans 66% des cas. Une porte d'entrée pulmonaire est retrouvée dans 63% des cas. L'incidence d'une éosinopénie est de 35%. La mortalité dans le groupe éosinopénie était de 52% contre 42% dans l'autre groupe. La durée de séjour et la durée de ventilation mécanique sont similaires dans les deux groupes.

En analyse multivariée, l'âge est le seul facteur prédictif de mortalité OR= 1.042 IC = 95% [1.004 – 1.081].

CONCLUSION : Dans notre étude l'éosinopénie ne semble pas prédire le pronostic des patients en état de choc septique.

P132. Bactériémie à *Entérocoques* résistants à la vancomycine : A propos de deux cas.

Belkhouja K¹, Hammami A¹, Ghériani A², Marhbene T¹, El May F¹, Ben Romdhane K¹, M'hiri E², Ben Khelil J¹, Slim-Saidi L², Besbes M¹. ¹: **Service de réanimation respiratoire – Hôpital A. Mami- Ariana - Tunisie**

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

INTRODUCTION : Une émergence des bactéries multirésistantes est rapportée dans le monde entier depuis plusieurs décennies. Parmi ces bactéries, les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) représente une menace à la santé publique de part leur fréquence et leur gravité. Cependant, en Tunisie, l'ERV semble être peu fréquent. Nous rapportons deux cas de bactériémie nosocomiale à ERV.

OBSERVATION 1 : Un homme âgé de 61 ans, a été transféré en réanimation, après un séjour de 10 jours dans une autre structure sanitaire, pour SDRA avec état de choc septique. Le patient avait reçu initialement une antibiothérapie à large spectre comportant la teicoplanine, l'imipénème, la colimycine et l'ofloxacine. Au cours de son séjour, le patient avait présenté plusieurs épisodes d'infections nosocomiales: une pneumonie acquise sous VM bactériémique à *Pseudomonas aeruginosa* et d'autres bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline, *Protéus mirabilis* et *Sténotrophomonas maltophilia*. Ces infections

ont été traitées par une antibiothérapie à large spectre comportant la teicoplanine. A 45 jours d'hospitalisation, le patient présentait une péritonite biliaire localisée avec une bactériémie à *Enterococcus faecium*, résistant aux glycopeptides et au linézolide et sensible à la tigecycline. Malgré le traitement chirurgical associé à une antibiothérapie à base de tigecycline, le patient est décédé dans un tableau de choc septique réfractaire avec défaillance multiviscérale.

OBSERVATION 2 : Une femme âgée de 73 ans, a été transférée du service d'infectiologie en réanimation, pour coma et état de mal convulsif. Il s'agissait d'une patiente sidéenne ayant une tuberculose ganglionnaire disséminée, une toxoplasmose cérébrale et une candidose œsophagienne. Elle avait reçu initialement le traitement antituberculeux quadruple, l'association pyriméthamine-sulfadiazine et la fungizone. Au cours de son séjour en réanimation, la patiente avait présenté une pneumonie acquise sous VM à *Acinetobacter baumani* traitée par imipénème et colimycine. A 16 jours d'hospitalisation, la patiente est décédée dans un tableau de coma dépassé. Une hémoculture réalisée 10 jours avant son décès s'est positivée, en post mortem, à *Enterococcus faecium* résistant au glycopeptides, au linézolide et à la tigecycline.

CONCLUSION : Les ERV commencent à apparaître dans nos structures de soins, particulièrement en réanimation. La bactériémie à ERV est associée à un pronostic grave. Des mesures strictes et rigoureuses de surveillance et de prévention sont nécessaires pour éviter une situation endémique irréversible.

P133. Méningites infectieuses communautaires de l'adulte immunocompétent en réanimation.

Belkhouja K¹, Hammami A¹, Sifaoui K¹, Jamoussi A¹, Ghariani A², Ben Romdhane K¹, M'hiri E², Ben Khelil J¹, Slim-Saidi L², Besbes M¹. ¹: **Service de réanimation respiratoire – Hôpital A. Mami- Ariana – Tunisie ;** ²: **Laboratoire de microbiologie – Hôpital A. Mami- Ariana - Tunisie**

INTRODUCTION: Les méningites infectieuses communautaires de l'adulte constituent une urgence médicale majeure, dont le pronostic est redoutable. La présence de certains signes de gravité, constitue un motif d'hospitalisation en réanimation. Le but de notre étude était de déterminer les caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives des méningites infectieuses communautaires hospitalisées en réanimation.

MATERIELS ET METHODES: Etude rétrospective, descriptive, monocentrique, incluant tout patient admis en réanimation pour méningite infectieuse, du 01 Juillet 2006 au 30 Juin 2012. Les caractéristiques démographiques, cliniques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives ont été collectées et analysés.

RESULTATS: Durant la période de l'étude, 25 patients ont été inclus. La moyenne du délai d'hospitalisation était de 45 ± 32 heures. La médiane d'âge était de 38 ans. La moyenne de l'IGS II était à 39 ± 14 . Les signes cliniques, du diagnostic positif, les plus retrouvés étaient la fièvre chez tous les patients, la raideur de la nuque et les céphalées chez respectivement 68% et 32% des malades. Les troubles de la conscience étaient présents chez 92% des patients et constituaient le motif principal d'admission en réanimation. La méningite était purulente chez 52% des malades, d'origine tuberculeuse chez 32% des patients et virale chez 12% des malades. Chez un patient l'étiologie était indéterminée. L'examen direct et les antigènes solubles dans le LCR étaient positifs chez 6 et 2 patients respectivement. Un germe a été retenu chez 16 patients (64%), dont 8 au niveau du LCR, un au niveau du sang et chez 7 patients le BK a été isolé dans les sécrétions bronchiques. Un scanner cérébral a été réalisé chez 24 patients, dont 87,5% ont été réalisés avant la ponction lombaire et étaient sans anomalies dans 56% des cas. Le choix du traitement antimicrobien était basé sur les données cliniques et l'examen cyto-chimique du LCR. Ce traitement était associé à une corticothérapie chez 84% des patients. Une ventilation mécanique était nécessaire chez 76% des patients et

des catécholamines ont été administrés chez 32% des malades. Huit patients avaient gardé des séquelles et 6 patients (24%) sont décédés. En analyse univariée, les 3 facteurs prédictifs de mortalité étaient : l'administration, avant l'hospitalisation en réanimation, d'un agent antimicrobien, le recours aux catécholamines et un nombre de suppléance d'organe ≥ 2 .

CONCLUSION: la méningite infectieuse communautaire prise en charge en réanimation est associée à une morbidité élevée et une mortalité à 24%. En analyse univariée, la présence de défaillances d'organes représente un facteur de mauvais pronostic, alors que l'administration précoce d'un traitement antimicrobien est plutôt un facteur protecteur contre la mortalité en réanimation.

P134. Pneumocystoses pulmonaires admises en réanimation : Caractéristiques cliniques, paracliniques et facteurs pronostiques.

Belkhouja K, May F, Merhabene T, Migaou A, Hammami A, Ben Romdhane K, Ben khélil J, Besbes M. **Service de Réanimation médicale, hôpital Abderrahmane Mami, Ariana, Tunisie.**

INTRODUCTION : La pneumocystose pulmonaire est une infection opportuniste due au *Pneumocystis jirovecii*. Elle représente une cause fréquente d'atteintes pulmonaires chez les patients immunodéprimés particulièrement les HIV positifs, souvent associée à une morbi-mortalité élevée. Le but de notre étude était de rapporter les caractéristiques cliniques, paracliniques, évolutives ainsi que les facteurs pronostiques.

PATIENTS ET METHODES : Etude rétrospective descriptive, incluant tout patient hospitalisé en réanimation pour détresse respiratoire secondaire à une pneumocystose pulmonaire, entre janvier 2000 et septembre 2012. Ont été recueillis, les paramètres démographiques, les données cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

RESULTATS : Durant la période de l'étude 20 patients ont été inclus. Le sexe ratio était de 0,65. La médiane d'âge était à 36,5 avec des extrêmes allant de 21 ans à 65 ans. Les maladies sous jacentes étaient: une infection à HIV chez 11 patients, 4 patients étaient sous corticothérapie au long cours, une hémopathie maligne chez 4 patients et une patiente était immunocompétente. Les médianes de IGSII et l'APACHE II étaient respectivement de 21 (11-54) et 9,5 (2 – 24). Tous les patients étaient admis dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë. Une lymphopénie était présente chez 15 patients. Des images alvéolo-interstitielles bilatérales étaient présentes chez 15 patients. A La tomodensitométrie thoracique, un aspect en verre dépoli bilatéral était observé chez 19 patients. Le recours à la ventilation mécanique était, dans tous les cas d'une façon non invasive (12 patients). La VNI était un succès chez uniquement un patient. Chez tous les patients, la pneumocystose pulmonaire était confirmée par l'examen bactériologiques du lavage broncho-alvéolaire. Tous les patients ont été traités par Cotrimoxazole (Bactrim®) associée à une corticothérapie systémique. Neuf patients avaient développé une pneumonie acquise sous ventilation mécanique et 10 patients un choc septique. La médiane de la durée de séjour en réanimation était 14 jours avec des extrêmes allant de 1 jour à 48 jours. Dix malades sont décédés en réanimation. En analyse univariée, les facteurs liés à la mortalité étaient le recours à la ventilation mécanique, et la survenue d'un choc septique. **CONCLUSION :** La survenue d'une pneumocystose pulmonaire est plus fréquente chez les patients HIV positifs. Cette infection est grevée d'une lourde mortalité en rapport essentiellement avec le recours à la ventilation mécanique et la survenue d'un choc septique au cours du séjour.

P135. Volumineux myxome de l'oreillette gauche révélé par un œdème aiguë de poumon.

Massoudi Y, Ghazouani S, Ghlala A, Ben Ayed I, Ghdira S, Houissa M. **Service d'anesthésie réanimation de l'Hôpital Charles Nicolle de Tunis Tunisie.**

INTRODUCTION : Les myxomes cardiaques sont des tumeurs bénignes rares. Cependant, ils demeurent les tumeurs intracardiaques les plus fréquentes (50% des tumeurs bénignes du cœur) [1]. Les signes cliniques révélateurs peuvent être polymorphes et trompeurs. Le diagnostic est facilité par l'échocardiographie. Nous rapportons l'observation d'un patient de 30 ans porteur d'un volumineux myxome de l'oreillette gauche révélé par un œdème aiguë de poumon.

OBSERVATION : Il s'agit d'un patient de 30 ans, aux antécédents d'amputation de jambe droite pour un néo osseux du tibia, qui présentait depuis trois heures avant son admission en réanimation une symptomatologie faite de dyspnée aiguë. L'examen clinique retrouvait un patient très agité qui respirait avec une fréquence de 40 cycles par minute et qui présentait des signes de luttés respiratoire (tirage intercostal). la saturation sous 15 l d'oxygène avec masque à haute concentration était à 88%, la pression artérielle était mesurée à 100/60mmHg et la fréquence cardiaque à 120 battements par minute. L'auscultation cardio-pulmonaire retrouvait une tachycardie régulière avec un souffle systolique au foyer mitral 2/6^e et des râles crépitant diffus aux deux champs pulmonaire. Les examens biologiques révélaient un syndrome inflammatoire biologique non spécifique avec une CRP élevée à 46 mg/l. L'électrocardiogramme de surface montrait une tachycardie sinusale à 125 batt/mn. La radiographie du thorax de face montrait des opacités alvéolaires diffuses au deux champs pulmonaires. L'échocardiographie transthoracique retrouvait une masse tumorale intra-auriculaire gauche, mobile, polylobée et inhomogène, mesurant 8 cm. Cette masse occupe la totalité de la cavité auriculaire gauche jusqu'à l'abouchement des veines pulmonaires et se prolabe dans le ventricule gauche en diastole. Le patient a été intubé devant la détresse respiratoire qui n'a pas répondu à la VNI et au diurétique. L'évolution été rapidement défavorable avec altération de l'état hémodynamique nécessitant l'introduction de catécholamine. il est décédé après huit heures de son admission à la réanimation.

DISCUSSION : Les myxomes cardiaques sont rares mais représentent les tumeurs cardiaques les plus fréquentes [1]. Dans une série de 212 tumeurs primitives cardiaques, Yu et al [2] retrouvaient un myxome dans 86,8% des cas. Les manifestations cliniques du myxome de l'oreillette gauche sont polymorphes et non spécifiques [3,4]. Des formes asymptomatiques révélées par une mort subite ont été décrites [5]. Les formes volumineuses se manifestent par au moins un élément de la triade clinique comprenant l'atteinte de l'état général, les accidents emboliques et les syndromes d'obstruction valvulaire ou cavitaire cardiaque [1]. L'échocardiographie est l'examen clé du diagnostic [4] mais les signes caractéristiques du myxome peuvent aussi être précisés par le scanner ou l'IRM cardiaques [6]. **Conclusion :** Le myxome de l'oreillette gauche est une pathologie rare, dont le mode de révélation est variable et dont le diagnostic peut être évoqué devant l'apparition de signes d'insuffisance cardiaque gauche. L'échocardiographie transthoracique permet d'en faire le diagnostic. Le traitement par exérèse chirurgicale doit se faire rapidement afin d'éviter les complications : embolie, enclavement du myxome dans la valve mitrale. Le risque de récurrence est faible (1–5 %).

REFERENCES : [1] Reynen K. Medical progress: cardiac myxomas. N Engl J Med 1995; 333(24):1610–7. [2] Yu K, Liu Y, Wang H, Hu S, Long C. Epidemiological and pathological characteristics of cardiac tumors: a clinical study. Interact CardioVasc Surg 2007; 6:636–9. [3] Mahilmaran A, Sheshadri M, Nayar PG, Sudarsana G, Abraham KA. Familial cardiac myxoma: Carney's complex. Tex Heart Inst 2003; 30: 80–2. [4] Ronak R, Nagaraja S, Bet M. Massive right

atrial myxoma. Int J Cardiol 2008; 128:121–2. [5] Sato H, Tanaka T, Kasai K, Toshiro Kita T, Noriyuki Tanaka N. Sudden death due to acute pulmonary embolism from asymptomatic right atrial myxoma. J Forensic Leg Med 2008; 2:10–3. [6] Araoz PA, Mulvagh SL, Tazelear HD, Julsrud PR, Breen JF. CT and mr imaging of benign primary cardiac neoplasms with echocardiographic correlation. Radiographics 2000;20:1303–19.

P136. Est-ce que le changement de prescription des catécholamines lors des états de choc améliore le pronostic chez les patients admis en unité des soins intensifs?

Kamilia Chtara¹, Najla Ben Algia¹, Mabrouk Bahloul¹, Anis Chaari¹, Rania Allela, Hassen Dammak¹, Ghaddoun Hatem¹, Chokri Ben Hamida¹, Hedi Chelly¹, and Mounir Bouaziz¹.
Service de réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax. Tunisie.

OBJECTIFS: déterminer s'il y avait un avantage ou un inconvénient lors du changement de protocole thérapeutique concernant la prescription des catécholamines chez les patients en état choc admis dans notre unité de soins intensifs. Le critère de jugement principal était la mortalité aux soins intensifs.

METHODES : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle menée sur deux périodes dans notre unité de soins intensifs (CHU Habib Bourguiba Sfax, Tunisie).

RESULTATS : durant ces deux périodes d'étude, 251 patients ont été inclus. Il y avait 130 patients dans le groupe 1 et 121 patients dans le groupe 2. Les deux groupes étaient comparables de point de vue épidémiologique, clinique et biologique. La comparaison entre les deux groupes a montré que la dopamine pendant la première période était la catécholamine la plus utilisée. Cependant, dans la deuxième période la noradrénaline est la catécholamine la plus utilisée. Lorsque nous avons analysé la prescription des catécholamines dans le choc septique, nous avons conclu que la dopamine était utilisée en première intention dans 85,7% des cas ($p < 0,001$) pendant la première période de l'étude. La noradrénaline était de première intention dans 100% des cas pendant la deuxième période. Lors l'état de choc cardiogénique, la dobutamine était utilisée comme la catécholamine de première intention dans 61% des cas ($p < 0,001$) pendant la première période de l'étude alors que la noradrénaline était utilisée de première intention dans 43% des cas dans la seconde période. Enfin, lors de l'état de choc hypovolémique, la dopamine a été utilisée comme catécholamine de première intention dans 68% des cas dans le groupe 1 et de la noradrénaline était de première intention dans 88% des cas dans la seconde période de ($p < 0,001$). Pendant leur séjour en soins intensifs certains effets indésirables liés à l'utilisation de catécholamines ont été observés. La survenue d'arythmies était significativement plus fréquente dans le premier groupe. Le taux de mortalité était de 51% dans le premier groupe et 44% dans le second groupe ($p = 0,27$). Le taux de mortalité n'était pas significativement différent pour chaque type de choc (septique, cardiogénique et hypovolémique) dans les deux groupes ($p > 0,05$ pour tous).

CONCLUSION: Dans la pratique clinique, notre étude confirme que le taux de mortalité ne différait pas significativement entre les deux groupes de patients traités principalement avec la dopamine (groupe 1) et le groupe traité avec la noradrénaline dans la plupart du temps.

P137. L'œdème aigu du poumon à pression négative : A propos d'un cas en réanimation.

Majdoub A, Bannour I, Laajili K, Gara M, Nacef K, Boudokhane M. **Anesthésie & Réanimation. EPS Tahar Sfar Mahdia. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'OAP à pression négative (OAPPN) est une complication rare mais grave, qui survient surtout en post opératoire immédiat. La mortalité peut atteindre 15 à 20%.

OBSERVATION : Nous rapportons un cas d'OAPPN survenu en réanimation au cours de la phase de sevrage respiratoire chez un patient âgé de 47 ans sans antécédents pathologiques notables qui a été admis en réanimation pour un état de choc septique compliquant une péritonite post opératoire. Au cours de son séjour en réanimation le patient a présenté un SDRA survenu à J2, jugulé par une curarisation, des manœuvres de recrutements et une ventilation à $FiO_2=1$. A noter plusieurs épisodes d'obstruction de la sonde trachéale par des bouchons muqueux enlevés par des aspirations itératives.

A J10, après une gazométrie correcte, un PaO_2/FiO_2 à 300, une radiographie thoracique satisfaisante et après arrêt de la sédation et réveil complet du patient, une épreuve de ventilation spontanée a été entamée avec une Fio_2 à 0,5, PEEP à 5, $AI = 15$ et un trigger en volume à 0,5. L'épreuve a été interrompue à H1 suite à la survenue d'une désaturation à 80%, tachycardie, hypertension et une apnée de pression mentionnée sur le ventilateur. Le passage à une ventilation contrôlée a échoué et le diagnostic d'une sonde d'intubation bouchée a été retenu. Après ré intubation, on a assisté à une désaturation persistante, des sécrétions mousseuses, une radiographie pulmonaire montrant des images d'OAP. Le patient a eu une sédation profonde, une déplétion par les diurétiques et une ventilation avec PEEP à 12, $Fio_2=0,80$. L'évolution était favorable et le patient a été extubé après 24h après une épreuve de ventilation spontanée bien tolérée.

DISCUSSION : Cette observation montre que sur des poumons fragiles et particulièrement une barrière alvéolo-capillaire inflammée chez un patient dénutri, l'obstruction partielle de la sonde trachéale est à l'origine d'une élévation de la PEEP intrinsèque et une augmentation du volume pulmonaire en fin d'expiration. Cela provoque donc une augmentation de la pression intra thoracique. La levée brutale de l'obstacle est à l'origine d'une suppression de la PEEP avec évacuation brutale d'un volume d'air trappé et retour à la normale du volume pulmonaire engendrant une diminution de la pression intra thoracique et une augmentation du retour veineux et de la pression veineuse pulmonaire. Le gradient de pression transpulmonaire ainsi créé, conduit à la transsudation du liquide interstitiel et un œdème pulmonaire dit un OAP à pression négative. C'est un diagnostic à ne pas méconnaître en réanimation surtout dans ce contexte puisque le retard de prise en charge correct peut avoir des conséquences lourdes.

P138. Embolie pulmonaire simulant un syndrome coronarien aigu avec sus décalage du segment ST: A propos de 4 cas.

Antit S, Ouechtati W, Bezdah L, Gzara M, Ouerghi K, Ben Ahmed H, Sidhom S, Marouène S, Baccar H. **Service de Cardiologie. Hôpital Charles Nicolle de Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'embolie pulmonaire (EP) est une maladie fréquente et grave et son diagnostic est souvent difficile du fait de son polymorphisme clinique et du manque de spécificité des signes cliniques. Nous rapportons deux cas d'EP considérées initialement à tort comme un syndrome coronarien aigu (SCA). **Observation 1 :** Il s'agit d'un homme âgé de 49 ans, tabagique à 30 PA sans autres facteurs de risque cardiovasculaires, qui a consulté aux urgences pour une douleur médio-thoracique constrictive associée à une dyspnée. L'examen

physique a trouvé une hypotension à 90/60 mmHg. L'ECG à H1 inscrit un sus-décalage de ST de 2mm en antéro-septal avec une onde P pulmonaire et un bloc de branche droit (BBDt) incomplet. Le diagnostic d'un SCA avec sus-décalage de ST transitoire a été porté. La coronarographie a montré un réseau coronaire angiographiquement sain. L'échocardiographie transthoracique (ETT) a montré un cœur pulmonaire aigu (CPA). Un angioscanner thoracique a été fait montrant une EP proximale bilatérale. Le patient a bien évolué sous traitement anticoagulant.

OBSERVATION 2 : Il s'agit d'une femme âgée de 75 ans, sans antécédents particuliers, qui a consulté aux urgences pour une douleur thoracique constrictive associée à une dyspnée. Le diagnostic d'un infarctus de myocarde (IDM) AE semi récent compliqué d'insuffisance ventriculaire gauche (IVG) a été porté. La patiente a été mise sous traitement anti-ischémique et diurétique en intra-veineux. L'ETT a objectivé une bonne cinétique segmentaire du ventricule gauche, un CPA avec présence d'un thrombus épousant la bifurcation du tronc de l'artère pulmonaire. Le diagnostic d'EP a été retenu et la patiente a été thrombolysée à l'Actilyse avec bonne évolution.

OBSERVATION 3 : Il s'agit d'une femme âgée de 66 ans, tabagique, hypertendue, diabétique, dyslipidémique qui a consulté aux urgences pour une douleur médio-thoracique constrictive associée à une dyspnée. Le diagnostic d'un IDM sans onde Q compliqué d'IVG a été posé. Elle a été mise sous traitement anti-ischémique et diurétique en intra-veineux. La coronarographie a montré un réseau coronaire indemne de lésion significative. L'ETT a montré un CPA avec bonne cinétique segmentaire du ventricule gauche d'où le diagnostic d'EP a été suspecté et confirmé par l'angioscanner thoracique qui a objectivé une EP bilatérale.

OBSERVATION 4 : Il s'agit d'un patient âgé de 72 ans, tabagique sévère, diabétique, coronarien connu depuis 10 ans ayant arrêté son traitement anti-angineux, hospitalisé au service d'orthopédie pour fracture per-trochantérienne. A J5 de son hospitalisation, il a présenté des douleurs thoraciques associées à une dyspnée. L'ECG a montré une ischémie-lésion sous épocardique et des ondes Q en inférieur, une ischémie sous épocardique en antérieur avec un BBDt complet qui était absent à l'ECG de l'admission, les troponines étaient positives à 2 ng/ml. Le diagnostic d'un IDM inférieur semi récent a été évoqué mais devant le contexte d'alitement post traumatique, de BBDt récent et la présence d'hypoxie et d'hypocapnie à la gazométrie, on a évoqué aussi le diagnostic d'EP, d'où on a complété par un angioscanner thoracique qui a objectivé une EP droite.

CONCLUSION : L'embolie pulmonaire est la grande simulatrice de la pathologie coronaire aiguë. La présence d'un sus ou sous décalage du segment ST peut orienter à tort vers un infarctus de myocarde. Le contexte clinique, l'échographie doppler et l'angioscanner thoracique permettent de redresser le diagnostic.

P139. Prise en charge en urgence et conduite chirurgicale dans les plaies du cœur.

Kilani E, Skander R, Zghidi SM, Jaoua H, Ben Fadhel K. **Service Anesthésie Réanimation Hôpital Habib Thameur Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : Les plaies du cœur par un objet tranchant sont fréquentes. La prise en charge repose sur l'intervention de trois équipes : anesthésiste réanimateur, radiologue et chirurgien. Les blessés sont généralement admis dans le bloc opératoire sans passer par les urgences.

MATERIEL ET METHODE : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de chirurgie et d'anesthésie réanimation de l'hôpital Habib Thameur de Tunis sur une période de 9 ans concernant treize patients hospitalisés pour plaie de cœur.

RESULTATS: Treize malades sont concernés par l'étude, la moyenne d'âge est de 25 ans, avec des extrêmes de 19 à 50 ans, tous de sexe masculin, ASA I; douze d'entre eux sont victimes d'une plaie du cœur par arme blanche, alors que le treizième est blessé par une meule à disque. 38% des patients ont bénéficiés d'un scanner thoracique en urgence, l'échographie cardiaque transthoracique n'est réalisée que dans 15% cas. Le délai de la prise en charge (urgence-bloc opératoire) est de 49 minutes en moyenne. Le taux de mortalité est de 23% dans notre série. Les patients ayant survécus ont un délai moyen de prise en charge de 41 minutes versus une heure la mortalité est significativement plus élevée quand le délai de prise en charge dépasse une heure.

DISCUSSION : Malgré le nombre de patient limité dans notre série, le taux de mortalité est très proche de celui de centres spécialisés, en dépit de l'absence de chirurgien cardiovasculaire sur place (Rhee PM, Foy H, Kaufmann C, et al: **Penetrating cardiac injuries:a population-based study.** J Trauma 1998, **45**:366-37). Les facteurs de pronostic sont: les constantes hémodynamiques à l'arrivée à l'hôpital, le délai de la prise en charge opératoire, l'atteinte du VG.

CONCLUSION : Le pronostic des plaies de cœur dépend essentiellement de la gravité de l'état clinique initiale, des structures atteintes et de la rapidité de la prise en charge opératoire. La proximité et la disponibilité d'un échocardiographe pourrait orienter la prise en charge (Pillet J.C all: *Hospital management and surgical decisions for patients with stab wounds of the heart.*J.chir ISSN 0021-7697), mais son absence ne doit en aucun cas retarder l'exploration chirurgicale.

P140. Embolie pulmonaire et grossesse : revue de littérature appuyée par une observation.

I. Brahem, C.Mrazguia, N.Bouchouicha, S. Armi, A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique, Hôpital régional de Nabeul. Tunisie.**

INTRODUCTION : L'embolie pulmonaire est fréquente pendant la grossesse et le post partum. Elle représente une des causes de mortalité maternelle pendant ces périodes. La stratégie diagnostique doit tenir compte des éventuels effets sur le fœtus (radiation, injection d'iode). Le diagnostic doit être posé avec les mêmes certitudes qu'en dehors de la grossesse. Le traitement de celle-ci repose sur l'héparinothérapie non fractionnée cependant quelques études permettent de penser que HBPM peuvent être utilisables chez la femme enceinte. Le but de notre travail est de rapporter les particularités diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie grave.

CAS CLINIQUE : Il s'agit de l'observation de Mme S. âgée de 29 ans G2P1 enceinte au terme de 28 SA et qui consultait pour douleur thoracique aiguë avec dyspnée. Une radiologie du thorax faite avec protection abdomino-pelvienne est revenue normale. L'ECG a montré une tachycardie à 110 BPM avec un aspect S1Q3. La GDS a montré une hypoxie. A l'échographie Doppler des membres inférieurs on a objectivé l'existence d'un thrombus au niveau de la veine poplitée gauche. Une scintigraphie pulmonaire a montré l'oblitération de l'artère pulmonaire.

CONCLUSION : Le diagnostic de l'EP pendant la grossesse doit être posé avec la même certitude que dans la population générale. Le traitement étant simple, efficace et bien toléré. Le traitement par HBPM, caractérisé par sa simplicité d'utilisation et son efficacité, constitue sûrement l'avenir du traitement de toute maladie thromboembolique au cours de la grossesse.

P141. Cardiomyopathie dilatée du péripartum : à propos de 2 cas et revue de la littérature.

C. Mrazguia, M.Regagieg, S.Ghades, N.Bouchouicha, A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique, Hôpital régional de Nabeul. Tunisie.**

INTRODUCTION: La cardiomyopathie dilatée du péri partum (CMDPP) ou syndrome de Meadows est une affection grave. Elle se manifeste par une insuffisance cardiaque non spécifique, survenant généralement entre le huitième mois de grossesse et les six mois suivant l'accouchement. Son étiologie est inconnue. C'est une cardiomyopathie sans signes spécifiques cliniques, échographiques ou histologiques.

OBJECTIF : Etudier, à travers deux observations de patientes hospitalisées dans notre service, les caractéristiques cliniques et para cliniques de la CMDPP. Etablir la stratégie de prise en charge et évaluer le pronostic de cette pathologie.

OBSERVATION 1 : Mme A.I, âgée de 32 ans, sans antécédents pathologiques, primigeste primipare, a été admise dans notre service pour pré éclampsie sévère sur un terme de 37SA+5j. L'examen clinique trouvait une TA à 16/10 avec une Albuminurie à 3+, sans signes de pré-éclampsie. L'échographie obstétricale et l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et la biologie étaient sans anomalies. Après remplissage et stabilisation de la TA, La patiente a été césarisée pour pré éclampsie sévère avec mauvais Bishop, césarienne s'est déroulée sous AG sans incidents. La patiente a présenté en post opératoire immédiat après extubation une polypnée avec dé saturation à l'air ambiant et des râles crépitants aux deux champs pulmonaires, nécessitant sa ré intubation et son transfert dans un service de réanimation. les différents examens cliniques et paracliniques (angioscanner ; ETT ; scanner cérébral..) ont conclus à une CMDD du péripartum. L'évolution était favorable sous traitement digitalo diurétique et antihypertenseur.

OBSERVATION 2 : Mme M.R, 38 ans, sans antécédents médicaux particuliers, G6 P4, enceinte à 31 SA, a été hospitalisée dans un service de cardiologie dans un tableau d'insuffisance cardiaque gauche fait de : orthopnée, râles crépitants aux 2 bases pulmonaires. A l'échocardiographie, elle avait une FE 32 %. Le traitement de première intention était à base de digitalo-diurétique. Sur le plan obstétrical, la patiente avait une mort fœtale in utero sans anomalies de l'hémostase nécessitant l'évacuation de la grossesse sous monitoring des constantes hémodynamiques et respiratoires. L'évolution à court terme était favorable, mais la patiente a gardé une fonction VG altérée

CONCLUSION : La cardiomyopathie de Meadows est une pathologie rare mais grave pouvant engager le pronostic maternofoetal. La survenue dans le péripartum d'une défaillance cardiaque, sans anamnèse de cardiopathie antérieure doit faire évoquer le diagnostic pour garantir une prise en charge précoce et adaptée.

P142. Cardiopathies et grossesse.

M. Regagieg ; C.Mrazguia; S.Armi, N.Khelfa ; A.Falfoul. **Service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital régional Med Tlatli Nabeul. Tunisie.**

INTRODUCTION : La grossesse chez la cardiaque reste une situation à risque, pouvant mettre en jeu le pronostic vital materno-fœtal. Elle constitue la première cause non obstétricale de mort maternelle et est responsable de mortalité périnatale

BUT : Évaluer la fréquence de l'association atteinte cardiovasculaire et grossesse Évaluer le pronostic foeto maternel.

MATERIEL ET METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital régional de Nabeul sur une période de 2 ans de janvier 2009 à décembre 2010 .Elle a concerné toutes les femmes enceintes ayant une cardiopathie à l'exclusion des cardiopathies hypertensives

RESULTATS : Durant cette période, nous avons colligé 30 patientes L'incidence de cardiopathie a été de 0,4 % dans notre série .La moyenne d'âge de nos patientes était de 30 ans.30% des femmes étaient des primipares. Au plan étiologique les cardiopathies valvulaires occupaient la première position (23cas), dont L'atteinte mitrale a été la plus fréquente, suivies des cardiopathies congénitales. Il y a eu qu'un seul cas de coronaropathie et deux cas de cardiomyopathie dilatée La décompensation cardiaque est la première complication (33,33%) surtout de type : OAP et insuffisance cardiaque. suivie des troubles du rythme (10%), puis des accidents thrombo-emboliques (6,66%). Parmi les 10 patientes qui ont accouché dans notre service, 7ont accouché par césarienne et les 3patientes par voie basse. L'hypotrophie était la complication fœtale la plus fréquente Aucun décès maternel ni fœtal n'a été déploré

CONCLUSION : L'amélioration du pronostic des cardiopathies au cours de la grossesse dans notre pays passe par la prévention des cardiopathies rhumatismales, une bonne évaluation cardiaque avant la grossesse et une bonne prise en charge au cours de la grossesse et de l'accouchement par une équipe pluridisciplinaire.

P143. Evaluation des connaissances concernant l'arrêt cardiorespiratoire de l'enfant.

A. Hallara, S. Tilouche, N. Harrathi, J. Bouguila, N. Soyah, A. Tej, L. Boughamoura. **Unité de réanimation pédiatrique du service de Pédiatrie, Farhat Hached Sousse. Tunisie.**

L'arrêt cardio respiratoire (ACR) de l'enfant a des causes différentes de celles de l'adulte et par conséquence une prise en charge différente. L'organisation de la prise en charge intrahospitalière de l'ACR repose sur une équipe spécifique médicalisée. Cela suppose une bonne connaissance des recommandations pédiatriques et une formation continue et actualisée des professionnels de la santé (PS).

L'OBJECTIF DE CE TRAVAIL est d'évaluer les connaissances théoriques et pratiques des PS (médecins, infirmiers et techniciens supérieures en Pédiatrie) qui participent à la prise en charge des ACR intra hospitaliers survenant chez les enfants.

MATERIELS ET METHODES : Nous avons distribué un questionnaire à des PS exerçant dans des services de pédiatrie du CHU Farhat Hached Sousse, du CHU Sahloul Sousse, hôpital Militaire Tunis, hôpital d'enfant Tunis et service de réanimation pédiatrique et urgences pédiatriques Hôpital d'enfant Tunis. Nous avons inclus des questions qui explorent les connaissances théoriques, techniques sur la prise en charge intra hospitalière de l'ACR chez l'enfant.

RESULTATS : 100 questionnaires ont été remis en mains propres aux PS dans les différents services de l'étude. 92% des participants connaissent les signes qui permettent de faire le diagnostic d'un ACR. 30% des professionnels n'ont jamais pratiqué une réanimation cardio respiratoire chez les enfants.88% des personnels rapportent qu'ils savent utiliser un insufflateur manuel.63% seulement des personnes participants à l'étude connaissent le nombre de ventilation et de compression nécessaires pour la prise en charge de l'ACR de l'enfant. Le résident de garde est la personne la plus sollicité en cas d'ACR et le senior de Pédiatrie n'est appelé que dans 20% des cas. Le réanimateur adulte est sollicité dans 10% des cas. Le chariot d'urgence est disponible dans tous les services mais il est toujours inaccessible. 70% des PS rapportent que le matériel n'est pas vérifié de façon systématique quotidiennement.82% du personnels interrogés rapportent qu'ils n'ont pas bénéficié d'une formation concernant la prise en charge de l'ACR chez l'enfant.

CONCLUSION La précocité de la prise en charge de l'ACR de l'enfant est le meilleur garant du pronostic. La formation des PS concernant la prise en charge de l'ACR doit être un objectif de santé publique.

P144. Myocardite aiguë compliquant une brûlure thermique étendue.

W. Sellami(1), S. Ghariani(1), Z. Hajjej(1), H. Messoudi(1), M. Nasri(1), Dh. Lahidheb(2), H. Gharssallah(1), I. Labbène(1), M. Ferjani(1). (1) : Service d'anesthésie réanimation polyvalente HMPIT. TUNISIE. (2) : Service de cardiologie médicale HMPIT. **TUNISIE.**

INTRODUCTION : La myocardite aiguë se définit comme une inflammation aiguë du myocarde associée parfois à une nécrose des myocytes évoluant rapidement vers la défaillance cardiaque sévère. De nombreux agents infectieux ont été associés aux myocardites aiguës, mais les virus, notamment les coxsackies et les adénovirus, sont les plus fréquemment impliqués. Nous rapportons l'observation d'un patient victime d'une brûlure thermique étendue compliquée de myocardite aiguë.

OBSERVATION : M^r B C âgé de 43 ans sans antécédents, victime d'une brûlure thermique par flamme (explosion de bouteille de gaz) avec une surface cutanée brûlée estimée à 34% dont 2% était des lésions de 3^{ème} degré. L'indice de baux a été calculé à 40%. Le patient a bénéficié d'un changement de pansement quotidien initialement par flammazine pendant deux jours puis par pommade bétadiné sous sédation. A J7 d'hospitalisation le patient a présenté une détresse respiratoire : polypnée à 26 c/mn, auscultation pulmonaire trouve quelques râles crépitants, une SpO₂=94% sous 7l d'O₂ associée à des douleurs thoraciques permanentes à type de constriction irradiant vers le membre supérieur gauche, aggravées par la respiration ample avec un état hémodynamique stable. Un ECG pratiqué a révélé une tachycardie sinusale avec sus décalage du segment ST en inférieure sans troubles de la conduction. La radiographie thoracique a objectivé une surcharge hilaire et le bilan biologique a montré une ascension des taux de troponines supérieur à 30, des CPK à 5 fois la normale, des dimères à 750. Une coronarographie a été pratiqué en urgence ayant conclu à des coronaires saines sans plaques d'athérome. L'échographie cardiaque a montré : un VG de taille normale, une fonction systolique globale conservée (FE=65%), une discrète hypokinésie inférieure, absence de valvulopathies et des cavités droites non dilatés (PAPS à 30 mmHg). La sérologie virale (coxsackie, adénovirus, HHV-6, parvovirus B19, CMV) ainsi que le bilan immunologique était négatif. Le diagnostic de myocardite a été évoqué et confirmé par une IRM cardiaque (Fig 1). Le patient a bénéficié d'une assistance respiratoire et circulatoire pendant 10 jours avec une évolution favorable.

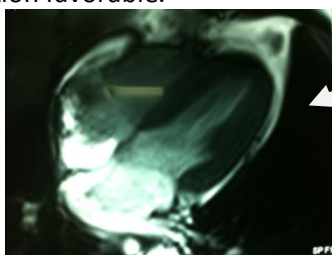


Fig 1 : Séquence « sang noir, pondérées T2 » en incidence long axe montrant un hypersignal important de la paroi latérale correspondant à l'œdème myocardique (Flèche)

CONCLUSION : La myocardite aiguë reste une affection extrêmement rare et sévère. La présentation est très variable, parfois trompeuse, mais des signes électro cardiographiques de nécrose myocardique avec choc cardiogénique doivent faire suspecter une myocardite aiguë en premier lieu.

P145. Place des ultrasons chez les patients hospitalisés en réanimation pour état de choc septique.

W. Sellami, S. Ghariani, Z. Hajje, H. Messoudi, M. Nasri, H. Gharssallah, I. Labbène, M. Ferjani.
Service d'anesthésie réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis. TUNISIE

INTRODUCTION : La vosoplégie représente la cause prépondérante de la défaillance hémodynamique au cours du choc septique et plusieurs autres mécanismes peuvent y être associés. L'échographie cardiaque représente un outil indispensable afin de les identifier et de guider les interventions thérapeutiques. Le but de ce travail est d'évaluer le profil sémiologique échographique des malades en choc septique et les implications thérapeutiques qui en découlent.

MATERIEL ET METHODES : Etude rétrospective s'étalant sur une période de 2 ans incluant des patients hospitalisés en réanimation pour état de choc septique et ayant bénéficié d'une échographie cardiaque. Non inclus dans l'étude les patients aux antécédents d'IC. Nous avons évalué l'incidence de la dysfonction systolique du VG définie par une FE<50%, l'incidence de l'hypovolémie définie par des pressions de remplissage basse (E/É <8) et l'incidence de l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) définie par une PAPS>35 mmHg et son retentissement sur le VD. Les interventions thérapeutiques suivantes : recours aux inotropes, remplissage vasculaire et introduction de NO ont été précisés pour chaque patient. Résultats : Nous avons inclus 29 patients. L'hypovolémie était le profil le plus retrouvé. Le tableau suivant résume l'incidence des données échographiques et le recours aux interventions thérapeutiques déjà cités.

Diagnostic échographique	Interventions thérapeutiques	Incidence (n)	%
Dysfonction systolique	recours aux inotropes	6	19.5
P. remplissage basse	remplissage Vx	12	39
HTAP avec Cdtés dilatés	recours au NO	7	25
Echographie non contributive	aucune	4	13.5

DISCUSSION ET CONCLUSION : La dysfonction myocardique a peu de conséquences sur le profil hémodynamique des patients en état de choc septique. En effet, seuls 19.5% des patients ont nécessité un traitement inotrope positif. L'optimisation hémodynamique repose en premier lieu sur le remplissage vasculaire puisque l'hypovolémie est l'anomalie la plus fréquemment retrouvée (39%). Ces données sont conformes avec la littérature concernant la prise en charge hémodynamique initiale de l'état de choc septique (N. Eng J Med 2001 ; 345 :1368-77)

P146. OAP à vacuo et laryngospasme.

Skander R, Attia H, Djaziri L, Ajili S, Jaoua H, Ben Fadhel K. **Service d'anesthésie réanimation hôpital Habib Thameur. Tunis. Tunisie.**

1. INTRODUCTION : Les étiologies des œdèmes pulmonaires sont multiples. L'une d'elle en est l'obstruction des voies aériennes. Cette complication peut survenir lors de l'extubation au réveil anesthésique, chez un sujet ASA I. Notre observation rapporte un cas d'OAP sur laryngospasme survenu lors de l'extubation après une anesthésie générale.

2. OBSERVATION : Il s'agit d'un patient âgé de 18 ans, poids: 78kg, taille: 1m84, BMI: 23.03 sans antécédents pathologiques, non alcoolo-tabagique, pas d'antécédents chirurgicaux ou anesthésiques, sans allergie particulière, qui est admis pour syndrome appendiculaire. Il rapporte la notion de douleurs persistantes de la fosse iliaque droite évoluant depuis environ 10 heures avec un épisode de vomissement. L'examen à l'admission trouve: une défécation de la FIDte, une température à 37,9. TA=11/7, eupnéique, auscultation cardiopulmonaire sans anomalies. Biologie: normale mis à part une hyperleucocytose. Radio thorax: pas de foyer, silhouette cardiaque normale, pas de signes de surcharge. ECG : RRS, pas de troubles de la repolarisation.

L'intubation est réalisée par une sonde 7,5 en une seule tentative. Le patient reçoit 2 grammes de cefalogect. Le maintien de l'anesthésie par Diprivan et atracurium à doses adéquates. L'EHD est resté stable tout au long de l'acte qui a duré une heure avec saturation à 99% sous 50% de FIO2. Il a reçu au total 1500 ml de sérum physiologique. A la fin de l'intervention (appendice macroscopiquement sain) le patient est extubé dès qu'il présente une ébauche de réveil avec ventilation spontanée et toux. Aussitôt il désature à 80% avec cyanose des lèvres et agitation. On essaye de le ventiler au masque mais les résistances des voies aériennes sont très élevées : il s'agit vraisemblablement d'un laryngospasme, l'aspiration ramène des expectorations mousseuses et hémoptoïques. Le patient reçoit 15 mg de Diprivan et 100 mg d'HSHC. Au bout de 5 min, la ventilation au masque devient possible mais la saturation reste autour de 90%. Le patient est alors transféré en salle de réveil où il reçoit des nébulisations d'atrovent et de Bricanyl sans réelle amélioration. Il se plaint de dyspnée, sensation d'étouffement et présente des expectorations abondantes mousseuses hémoptoïques. A l'auscultation pulmonaire il a des râles ronflants et crépitants diffus bilatéraux. L'auscultation cardiaque est toujours normale. Il est alors transféré au service de réanimation où la radio thorax au lit montre des opacités alvéolo-interstitielles péri hilaires bilatérales. L'ECG objective un BBD incomplet. A la gazométrie : une hypoxémie avec hypercapnie. On a prescrit 40 mg de Lasilix et le patient est resté sous oxygénothérapie à 8L/min. L'évolution est marquée par le déclenchement d'une diurèse avec l'amélioration de l'état respiratoire et de la SPO2 au bout de 3 heures. Une écho cœur est réalisée à J01 post opératoire ne relevant pas d'anomalies. A la radio thorax réalisée le jour même retrouve une régression des opacités alvéolo-inertielles. Le patient est alors mis sortant avec un RDV d'écho cœur dans deux mois. Le diagnostic retenu est un OAP à vacuo en rapport avec le laryngospasme. Incomplet, l'écho cœur est revenue normale. Un contrôle écho est prévu dans deux mois.

4. CONCLUSION : L'OAP à pression négative est une complication peu fréquente et d'évolution rapidement favorable en cas de diagnostic et prise en charge précoce.. Il n'existe pas de facteurs prédictifs pré-op sur lesquelles on pourrait agir pour la prévenir. La prévention implique impérativement une extubation dans les meilleures conditions avec un malade bien réveillé, répondant aux ordres simples et complètement décurarisé.

P147. Intérêt de l'étude hémodynamique au cours des intoxications aiguës.

A. Mrad, I.Fathallah, H.Samoud, S.Houimli, H.Elghord, N.Kouraichi, H.Thabet, N.Brahmi, M.Amamou. **Service de réanimation médicale .Centre d'Assistance Médicale Urgente CAMU Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : Les intoxications aiguës par les cardiotropes peuvent être à l'origine d'états de choc de mécanismes multiples et souvent intriqués surtout en cas d'association de plusieurs cardiotropes. Dans de tels cas, une étude hémodynamique est nécessaire afin de comprendre le mécanisme de l'état de choc et d'adapter le traitement en fonction.

OBSERVATION: Patient de 30 ans suivi pour des troubles de l'humeur, qui ingère dans un but d'autolyse: 8400 mg de Diltiazem, 560 mg de Betaxolol, 2800 mg de Losartan potassique et 700 mg d'hydrochlorothiazide. L'examen clinique à H2 post ingestion à domicile fait trouver un patient conscient mais agité, FC à 40 bat/mn avec à l'ECG un BAV de 1^{er} degré, PA à 60/40 mm Hg, auscultation pulmonaire sans anomalies. La conduite à tenir pré-hospitalière a consisté, avant l'intubation et la ventilation mécanique, en une expansion volémique par 1000 ml de Voluven, mise du patient sous Dobutamine 7 µg/Kg/mn, Noradrénaline 3 mg /h et Isuprénaline 0,2 mg/h et administration de 1 g de Gluconate de calcium. A l'arrivée en réanimation, l'examen montre une FC à 57 bat/mn avec un bloc sino-auriculaire à l'ECG, une PA à 100/50mm Hg, et une auscultation pulmonaire sans anomalies. Afin de comprendre le mécanisme

du choc et d'adapter les doses des amines vasopressives, une étude hémodynamique par cathéter de SWAN-GANZ a été réalisée sous Dobutamine 7 μ /Kg/mn, Noradrénaline 3 mg /h et Isuprénaline 0,2 mg; le profil hémodynamique conclue uniquement à une vasoplégie extrême avec des RASI à 765UI/m²SC et un IC à 6,2l/mn/m²SC La Dobutamine est alors arrêtée, l'Isuprénaline est maintenue à 0,2 mg/h et la Noradrénaline est augmentée jusqu'à 20 mg/h avec stabilisation de l'état hémodynamique. L'évolution était favorable au bout de 48 heures avec sevrage des drogues et du respirateur.

CONCLUSION: La compréhension des mécanismes du choc induit par des intoxications aiguës aux cardiotropes supposés agir sur la volémie, la tonicité vasculaire et l'inotropisme cardiaque, impose l'étude hémodynamique afin de mieux adapter les thérapeutiques, en particulier les amines vasopressives.

148. Endocardite infectieuse : Expérience du service de maladies infectieuses, La Rabta, Tunis.

Berriche, R. Abdelmalek, L. Ammari, F. Kanoun, S. Aissa, A. Ghoubontini, B. Kilani, H. Tiouiri Benaissa. **Service des Maladies Infectieuses, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie**

INTRODUCTION- L'endocardite infectieuse est une maladie grave. Son profil épidémiologique ne cesse de changer suite à l'émergence de la toxicomanie intraveineuse et le développement de moyens diagnostiques et thérapeutiques invasifs pourvoyeurs de bactériémie.

OBJECTIF- Ressortir les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutifs de l'endocardite infectieuse.

Patients et méthode- Etude rétrospective menée au service des maladies infectieuses de la rabta sur une période de 3 ans (Janvier 2009- Décembre 2011). Ont été inclus tous les patients ayant une endocardite infectieuse certaine ou probable selon les critères de Duke's University.

RESULTATS- Nous avons colligé 36 cas. Il s'agit de 21 hommes et 15 femmes. L'âge moyen est de 42 ans (16- 80 ans). Un ou plusieurs facteurs prédisposants aux endocardites ont été notés dans 58,4% des cas, dominé par une cardiopathie à risque connue (n=14), les prothèses cardiaques (n=6) et la toxicomanie intraveineuse (n=4). Le début des symptômes était brutal dans 21 cas, subaigu dans 5 cas et progressif dans le reste des cas. La fièvre est le signe clinique prédominant (91,6%), suivie des frissons (30,6%), d'une altération de l'état générale (27,8%) et une dyspnée (25%). Un souffle cardiaque a été ausculté dans 69,5% des cas. Neuf patient avaient une splénomégalie et 5 des manifestations cutanées. Dix patients avaient une complication neurologique à type d'AVC ischémique (n=7) ou de méningite (n=3). Les hémocultures ont été pratiquées dans 35 cas et n'étaient positives que dans 48,6% des cas. Les germes identifiés étaient des Cocci à Gram positifs dans 16 cas dominés par *Streptococcus* spp (n=8) et *Staphylococcus* spp (n=5). Un seul patient avait une endocardite à BGN (*Enterobacter cloacae*). Tous les patients ont bénéficié d'une échographie cardiaque transthoracique et/ou trans-oesophagienne. Des végétations ont été visualisées dans 75% des cas. Il s'agit d'une endocardite du cœur gauche dans 28 cas, du cœur droit dans 5 cas et les deux à la fois dans 2 cas. Une patiente avait une endocardite sur une communication inter-auriculaire. L'endocardite était certaine dans 50% des cas et probable dans le reste des cas. Tous les patients ont reçu une antibiothérapie pour une durée moyenne de 42 jours. La chirurgie a été indiquée dans 6 cas. L'évolution était favorable dans 30 cas et 6 patients sont décédés.

CONCLUSION- L'endocardite est une maladie grevée d'une mortalité pouvant atteindre les 30%. Tout souffle cardiaque fébrile doit être considéré comme endocardite jusqu'à preuve du contraire car seul un diagnostic précoce et une antibiothérapie adaptée peuvent améliorer le pronostic.