

Thème 2: Divers

Modérateurs : Pr S. El Atrous, Pr N. Borsali, Pr L. Besbes

C15. Les Intoxications aigues (IA) au service de Réanimation médicale de l'Hôpital Régional de Bizerte.

Dr Blel Y, Dr Jemel A, Dr Samet M, Dr Ghaodoun H, Dr BEN Romdhane M, Dr Alaya S. **Service de Réanimation Médicale HR Bizerte. Tunisie.**

Introduction&Objectif : Les IA détiennent une place considérable dans l'éventail des pathologies rencontrées aux services des urgences et de réanimation. En Tunisie l'épidémiologie des intoxications se limite souvent aux statistiques hospitalières, qui ne reflètent que grossièrement l'épidémiologie globale. L'objectif de notre travail était de dégager les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et pronostiques de cette pathologie dans la Région de Bizerte.

Matériel Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant les sujets intoxiqués hospitalisés au service de réanimation médicale de l'HR de Bizerte entre Juillet 2008 à juillet 2012.

Résultats : L'incidence des IA dans notre série était de 16 cas pour 100000 habitants.

Les IA étaient volontaires dans 85,9 % des cas avec une prédominance féminine (65%) et un sexe ratio de 0,53. L'âge était de 26,6±12 ans [2-65]. ¼ des patients avaient des antécédents psychiatriques et 9,8% étaient récidivistes. Le délai de prise en charge était de 5,5h. L'ingestion et l'inhalation représentaient respectivement 92 et 6,5% des cas. Sur le plan clinique, 32 patients étaient comateux, 8,7% en hypotension et seulement 6,5% en état de choc. Les anomalies biologiques étaient : l'hyperglycémie chez 42,8% des patients, une hyperleucocytose chez 40 patients, une acidose métabolique chez 8 cas, une insuffisance rénale et une rhabdomyolyse chez deux patients. Les intoxications médicamenteuses étaient dominantes (64,8%) et polymédicamenteuses dans 2/3 des cas. Les hypnotiques, les antidépresseurs et les anticonvulsivants (carbamazépine, phénobarbital, valproate de sodium) représentaient les causes les plus fréquentes des IM respectivement 37,2%, 16,9% et 11,8% des cas, suivie par les antihypertenseurs (bêtabloquants, IEC) (8,4%), la Théophylline (3,2%), le paracétamol (5%) et les antidiabétiques (5 %). Les pesticides représentent 25,2%, dont la moitié était des intoxications au chloralose. L'intoxication CO représente 6,5%. Concernant la prise en charge thérapeutique, 42 patients étaient intubés et seulement 9,9% ont nécessité des drogues vasoactives. Le lavage gastrique a été pratiqué chez 46 patients, 4 cas seulement ont reçu du charbon activé à une dose unique et 14 patients un traitement antidotique. La principale complication était une pneumopathie d'inhalation (27%). La mortalité était de 5,5%.

Conclusion

Notre Epidémiologie ne diffère pas énormément des autres séries, elle est caractérisée par un délai de prise en charge assez tardif. Les IAM sont dominées par les hypnotiques et les anticonvulsivants. Les IA aux pesticides représentent 25%. Vu la pratique fréquente du LG aux urgences, une protocolisation de la prise en charge ainsi qu'une diffusion des recommandations de la conférence de consensus doivent être envisagées. Le taux de mortalité dans notre série est relativement élevée (5,5%) résultant probablement par le retard de prise en charge et l'absence d'EER dans le service.

C16. Profil épidémiologique des intoxications en réanimation à Zaghouane.

Ben Ghezala. H, Daw. G, Ben Taher. K, Kaddou . M, Bousselmi. K. **Service de réanimation polyvalente Hopital à Zaghouan. Tunisie.**

Introduction : Le nombre d'intoxications aiguës hospitalisées en réanimation à Zaghouan représente près de 10 % du total des hospitalisés depuis Janvier 2011 et est en augmentation constante. L'absence de données épidémiologiques récentes nous a incités à réaliser ce travail dont l'objectif principal est d'identifier et de décrire le profil épidémiologique actuel des intoxications aiguës volontaires pris en charge au service de réanimation polyvalente.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de réanimation polyvalente à Zaghouane entre le 1er Janvier 2011 et le 30 Septembre 2012 ayant inclus tous les patients hospitalisés pour intoxication aiguë volontaire ou accidentelle. Nous avons revu toutes les fiches d'observations de ces patients et rempli des fiches d'enquête spécifiques.

Résultats : 52 patients sur un total de 529 ont été pris en charge en réanimation pour intoxication aiguë soit près de 10%. L'âge moyen des patients était de 30 ans avec des extrêmes de 15 et de 79 ans. On a noté une prédominance féminine avec un sex ratio de 0.34. Une prédominance hivernale a été notée (n=24 ; 46%) et le Lundi était le jour de la semaine dont l'incidence des intoxications était la plus importante. Le délai moyen de consultation était de 4+ 3 heures et la majorité des patients sont arrivées en réanimation par un transport non médicalisé (n=50 ; 96%). Les principales intoxications relevées étaient l'intoxication médicamenteuse (n=16 ; 30%), l'intoxication au CO (n=14 ; 26 %) et aux organophosphorés (n=6 ; 11%). 3 patients (5,7%) seulement avaient un GCS inférieur à 8, 6 (11,4%) avaient une altération de l'état hémodynamique et 3 autres (5,7%) présentaient une détresse respiratoire aiguë. L'évolution était favorable dans tous les cas après une durée d'hospitalisation moyenne de 2+ 2 jours.

Conclusion : En 2012, le nombre d'intoxications aiguës volontaires ne cesse d'augmenter. L'intoxication médicamenteuse domine aujourd'hui les étiologies suivie du CO et des produits organophosphorés. La majorité des intoxications prises en charge jusque-là étaient bénignes. Cette étude va contribuer à l'élaboration de stratégies de prévention afin de diminuer l'incidence.

C17. Intoxication aiguë au monoxyde de carbone accidentelle : éléments pronostics et évaluation thérapeutique : Expérience du service de réanimation EHUO.

S. Bensafir, F Boufas, F. Mazour, D. Elkebi **service de réanimation EHUO - Oran- ALGERIE**

Introduction: L'étude de l'intoxication aiguë au CO a démontré sa forte prévalence dans les pays du Maghreb elle vient en 1^{er} position parmi les causes de mortalité et de morbidité d'origine toxique. Sur l'ouest algérien, elle toucherait 28 pour 100 000h avec une mortalité de 8,3% en extra hospitalier et de 0,3% en milieu hospitalier. L'objectif que s'est fixé l'étude est de rechercher les facteurs pronostics les plus importants et d'évaluer la prise en charge thérapeutique d'autre part.

Patients et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective d'une année période entre septembre 2011 et septembre 2012. Portant sur 165 patients admis à l'EHUO pour une intoxication aiguë au CO. Les patients repartis en fonction de la gravité de l'état neurologique en deux groupes : celui des intubés (survivants, décédés) et celui des non intubés

Résultats : L'âge moyen des patients examinés est de 40 ans, le sexe ratio (m/f) = 1,6. L'analyse statistique des paramètres afférents aux groupes ainsi définis a fait ressortir une différence importante entre les intubés et les non intubés en ce qui concerne : durée d'exposition 6,7h et 2,2h (p=0,031), score de Glasgow 8 et 15 (p=0,0018), pH 7,34 et 7,42 (p=0,004), AC lactique 4,8 et 2,04 mmol/l (p=0,037), durée d'hospitalisation 20,4 et 2,14 jours respectivement, score de gravité IGS2, sa valeur est de 48 chez les intubés et 15 chez les non intubés. Le dosage de la carboxyhémoglobine mesuré à l'admission en réa et dont le taux est de 32% chez les intubés et 37% chez les non intubés n'intervient pas dans la gravité de l'intoxication. Le nombre de décès enregistrés est de 4 (intubés). Concernant la thérapie : l'oxygénothérapie normobare à noter qu'il n'y avait pas de différence significative avec l'oxygénothérapie hyperbare en terme de mortalité.

Conclusion: L'étude a permis d'identifier des paramètres susceptibles d'être utilisés comme facteurs pronostic, en attendant d'établir un score de gravité pronostic, la prise en charge initiale sur les lieux de l'accident est primordiale et c'est à ce niveau qu'on devrait intervenir pour diminuer le taux de mortalité

C18. Thrombopénie induite par l'héparine : Prévalence des anticorps anti plaquettaires (anti PF4) et pertinence clinique chez les hémodialysés chroniques. Tayeb I⁽¹⁾, Bourkhis L⁽¹⁾, Ouanes I⁽²⁾, Frih MA⁽¹⁾, Gaha J⁽³⁾, Hassine M⁽⁴⁾, EL May M⁽¹⁾, Abroug F⁽²⁾

- 1- Service de Néphrologie, CHU Fattouma Bourguiba Monastir, Tunisie.
- 2- Service de Réanimation polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba Monastir, Tunisie.
- 3- Clinique EL AMEN d'hémodialyse .Jemmel, Monastir, Tunisie
- 4- Laboratoire d'Hématologie, CHU, Monastir, Tunisie.

Introduction : La thrombopénie induite par l'héparine(TIH) est un syndrome clinico-biologique induit par des anticorps, reconnaissant le facteur 4 plaquettaire (F4P) modifié par l'héparine. La TIH complique 1 a 5% des traitements prolongés par l'héparine non fractionnée(HNF) et 0.1 a 0.5 % des traitements par l'héparine a bas poids moléculaire(HBPM). Le but de ce travail est d'estimer la prévalence des anticorps anti PF4 dans une population d'hémodialysés chroniques et d'en évaluer l'impact clinique.

Méthodes : Cent quinze patients (66 hommes) d'âge moyen 56+/- 15 ans, insuffisants rénaux en hémodialyse chronique recrutés dans deux centres, ont eu un dosage qualitatif d'anticorps anti PF4. Le type de néphropathie, La variation du taux des plaquettes après le démarrage de la dialyse, le type d'héparine et les évènements thrombotiques potentiellement en relation avec la thrombopénie ont été notés.

Résultats : Les patients étaient tous dialysés via une fistule artérioveineuse et 68% d'entre eux avaient une néphropathie glomérulovasculaire. L'anticoagulation initiale s'est faite a base de l'HNF durant 6.5 ans en moyenne chez tous les sujets. Au moment de l'étude, 56.5 % recevaient encore l'HNF et le reste de l'HBPM. Dix patients des 115 inclus (87%) avaient des anticorps anti PF4 positifs. Aucune caractéristique clinique n'était statistiquement différente entre les patients porteurs d'Ac Anti PF4 et ceux qui n'en avaient pas : âge, type de néphropathie, ancienneté de la dialyse, exposition aux HNF. Comparés aux taux de bases des plaquettes sanguines, les patients porteurs d'Ac Anti PF4 avaient une baisse significativement plus prononcée : 30.6 % vs 6.6% (p<0.05). Quatre parmi les 10 patients a anti PF4+ avaient des accidents thrombotiques comparés à 48 parmi les 105 dont le dosage des anti PF4 était négatif.

Conclusion : Notre étude apporte une estimation de la prévalence des Ac anti PF4 dans une population d'hémodialysés chroniques traités initialement par HNF. Cette réaction immunologique semble être associée à une thrombopénie biologique. Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence des conséquences cliniques néfastes compte tenu de l'échantillon étudié.

C19. HTA gravidique en milieu de réanimation : Etude épidémiologique, clinique et pronostique à propos de 458 cas.

F Medhioub (1); A Chaari(1); N Ben Algia (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 : Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et les éléments de pronostic chez les patientes obstétricales hospitalisées en réanimation pour HTA gravidique.

Patientes et Méthodes : Etude rétrospective, menée sur une période de 20 ans (01/01/1993 – 30/06/2012). Elle a inclut toutes les patientes qui ont présenté une HTA gravidique nécessitant l'hospitalisation dans le service de réanimation médicale.

Résultats : Durant notre période d'étude, 725 patientes ont été hospitalisées en réanimation en post partum. Parmi ces patientes, 458 ont présenté une HTA gravidique (63.1 %).

La grossesse a été suivie chez 242 femmes (52.8 %). L'âge moyen des patientes a été de 30 ± 6.1 ans. La parité moyenne a été de 2.1 ± 1.5. L'âge gestationnel moyen a été de 28.7 ± 3.4 semaines. Le score SAPS II a été en moyenne de 20.6 ± 10.3 points avec une aire sous la courbe ROC de 0.89. Les complications de l'HTA gravidique ont été l'éclampsie chez 191 patientes (41.7 %), l'hématome retroplacentaire chez 114 patientes (24.9 %) et le HELLP syndrome chez

98 patientes (21.3 %). Les complications systémiques constatées à l'admission ont été l'IRA (27.5 %), la CIVD (24.2 %), l'état de choc (9.3 %), l'OAP (12.8 %) et le coma (11.1 %). Un traitement antihypertenseur a été instauré chez toutes les patientes, ainsi que le sulfate de magnésium. La ventilation mécanique de plus de 24 heures a été nécessaire chez 218 patientes (47,5 %) avec une durée moyenne de $2,7 \pm 4,2$ jours. Le mode d'accouchement a été par voie basse chez 70 patientes (15.2 %) et par césarienne chez 388 patientes (84.7 %). La durée moyenne de séjour en réanimation a été de 2.7 ± 2.2 jours. La mortalité a touché 19 patientes (4.1 %). Elle a été associée de façon significative aux éléments suivants : le coma, l'état de choc, l'OAP, l'IRA, la CIVD et un score SAPS II élevé.

Conclusion

L'HTA gravidique est le motif obstétrical le plus fréquent en réanimation. Les éléments de mauvais pronostic ont été : le coma, l'état de choc, l'OAP, l'IRA, la CIVD et un score SAPS II élevé.

C20. Valeur pronostique de la CRP au cours des AVCH.

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

Introduction : Les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques (AVCH) sont grevés d'une mortalité lourde en milieu de réanimation. On assiste ces dernières années à une nette augmentation de leur incidence. Les AVCH surviennent souvent sur un terrain multi-taré. Leur pronostic a, depuis longtemps été évalué par un score se basant sur des paramètres cliniques et scannographiques, le score ICH (Intra Cerebral Hemorrhage score). La place des paramètres biologiques n'est pas encore bien étudiée. Le processus inflammatoire étant constant au cours des AVCH, la protéine C-réactive (CRP) pourrait contribuer à l'évaluation de la gravité en tant que marqueur de l'inflammation.

But du travail : Evaluer la valeur pronostique de la CRP à l'admission et à H24 dans les AVCH en réanimation, décrire les données épidémiologiques, les particularités de la prise en charge, rechercher les principaux facteurs de risque, et déterminer la fréquence d'utilisation des scores de gravité dans la pratique courante.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective durant la période allant de Janvier 2005 à Décembre 2010 colligeant les AVCH admis en réanimation. Les données cliniques, biologiques et radiologiques ont été relevées et saisies sur le logiciel SPSS 18.0 pour l'analyse statistique.

Résultats : Nous avons sélectionné 49 malades parmi 209 AVCH, l'âge moyen était de 61 ans, le sex-ratio était de 1.13, 77.6% des malades étaient hypertendus et 14.3% diabétiques. L'évaluation des scores de gravité a permis de mettre en évidence, pour le score ICH une bonne corrélation avec le pronostic dans ses valeurs extrêmes (≤ 1 et ≥ 4), par contre aucune valeur pronostic n'est retrouvée pour les scores à 2 et 3. De même, le score IGS2 ne semble pas spécifique dans l'évaluation pronostique des AVCH, la mortalité prédite étant, de loin, inférieure à celle observée. La valeur pronostic de la CRP en matière de prévision de la mortalité à J30 et d'évaluation de la gravité du tableau clinique à l'admission a été prouvée. Les valeurs de CRP > 10 mg/l à l'admission et > 25 mg/l à H24 annoncent une mortalité qui passe de moins de 10% à plus de 85%. Les autres paramètres pronostics retrouvés sont le volume de l'hématome, le score de Glasgow, le score ICH, le score IGS2, l'hyperleucocytose, l'hypernatrémie à J3, l'augmentation de l'Urée à J3 au-delà de 65% de sa valeur initiale.

Conclusion : Notre étude a permis de prouver l'intérêt pronostic de la CRP au cours des AVCH. Le dosage de la CRP à l'admission et à H24 peut être d'un grand secours pour le clinicien, peut permettre d'améliorer la prise en charge de ces malades et d'optimiser encore plus les indications thérapeutiques médicales et chirurgicales.

C21. Profil épidémiologique de l'acidocétose diabétique aux urgences de la Rabta.

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

Introduction : Le diabète constitue une pathologie fréquente dans notre pays vu le vieillissement de la population et le changement du mode de vie. Aux urgences, l'acidocétose diabétique (ACD) constitue une des complications les plus courantes nécessitant une prise en charge hospitalière de plus en plus à l'UHCD.

L'objectif de ce travail était d'étudier l'aspect épidémiologique de l'ACD aux urgences.

Patients et Méthodes : étude rétrospective sur une année colligeant 100 patients ayant été admis à l'UHCD pour ACD. Nous avons relevé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et biologiques, les facteurs de décompensation et le profil évolutif pour chaque malade.

Résultats : l'âge moyen était de 43.9 ans et le sex-ratio de 1.54, La durée moyenne de séjour aux urgences était de 1.8 j, 41% des patients avaient une durée moyenne de séjour de 24h. 46% ont été transférés vers d'autres services en particulier pour les ACD inaugurales (les services d'endocrinologie, de réanimation ou de chirurgie). Dans 90% des cas les facteurs de décompensation étaient identifiés et étaient dominés par les causes septiques. La mortalité dans notre série était de 8% en rapport essentiellement avec le terrain et l'étiologie.

Conclusion : l'ACD est fréquente aux urgences, son pronostic reste lié au terrain et au facteur de décompensation. Nous recommandons un bilan infectieux systématique lors de chaque ACD ; des mesures préventives protocolisées sont nécessaires pour profiter des passages aux urgences et éduquer ces patients.

C22. L'alcalinisation des acidémies sévères au cours des décompensations diabétiques acido-cétoques (dac) n'est pas toujours nécessaire !

Ayachi J, Farjallah A., Chouchène I., Ben Saïda I., El Hmidi K, Bouchoucha S. **Service de Médecine intensive – CHU F. HACHED – SOUSSE. Tunisie.**

INTRODUCTION : La grande majorité des protocoles de traitement des DAC préconisent une alcalinisation quand l'acidémie est sévère (pH < 7,10).

Nous rapportons 10 observations de DAC avec acidémie sévère n'ayant pas nécessité d'alcalinisation. Les conditions permettant cette abstention thérapeutique sont discutées.

PATIENTS ET METHODES : Analyse rétrospective de 10 observations de DAC avec pH < 7,15 ayant évolué favorablement sans apports de solutés alcalins ont été recueillis à l'admission et au cours de l'évolution les caractéristiques des patients et de la DAC (étiologie de la décompensation, états neurologique, circulatoire, ventilatoire et rénal, perturbations biologiques : glycémie, natrémie, osmolarité plasmatique, kaliémie, pH, PaCO₂, bicarbonates plasmatiques). Tous les patients ont bénéficié outre le traitement étiologique de la décompensation d'une insulinothérapie ordinaire par voie IV discontinuée (injections horaires en fonction de la glycémie capillaire) et d'une réhydratation hypotonique puis isotonique par sérum glucosé.

RESULTATS : Les DAC avec acidémie sévère (pH moyen : 7,08 ± 0,09 ; extrêmes : 6,91 - 7,14. Bicarbonates plasmatiques moyens : 4,8 ± 1,6 mmoles/L ; extrêmes : 2,4-7,8 mmoles/L) observée à l'admission des patients s'accompagnent chez 5 d'entre eux d'une ICA modérée (grade I) corrigée par remplissage vasculaire et chez 5 autres, de discrets troubles de la conscience (Score de Glasgow 12 à 14/15). Un seul patient a nécessité une ventilation mécanique invasive (Glasgow à 9/15). Toutes les DAC présentaient à l'admission une polyurie (diurèse horaire moyenne : 119 ± 34,5ml ; extrêmes : 80 à 200ml) et une hyperventilation (PaCO₂ : 15,5 ± 3,3 mmHg ; extrêmes 13 à 21 mmHg) Sous les traitements ci-dessus mentionnés et en l'absence d'alcalinisation, une correction spontanée et complète du pH a

été observée en 24H (n = 4 patients) à 48H (n = 6 patients). Cette correction a précédé celle des autres perturbations métaboliques (hyperglycémie, hyperosmolalité) et cliniques (déshydratation, troubles de la conscience) et n'a engendré aucun trouble spécifique.

DISCUSSION : La correction spontanée et rapide de l'acidémie sévère chez nos 10 patients en DAC semble avoir résulté d'une part de l'hyperfonctionnement des voies d'élimination rénale (polyurie) et pulmonaire (hyperventilation) des ions acides et d'autre part du blocage par l'insulinothérapie de leur production. Ces conditions quand elles sont réunies, dispensent de l'alcalinisation quelque soit la sévérité de l'acidémie, et permettent sa correction rapide. En cas de complications circulatoires, d'insuffisance rénale ou de toute autre cause d'acidose métabolique non acidocétosique, l'alcalinisation peut devenir indispensable

CONCLUSION : L'alcalinisation des DAC avec acidémie sévère n'est pas nécessaire quand les émonctoires naturels des ions acides (pulmonaire et rénal) sont pleinement fonctionnels et qu'il n'existe aucune autre étiologie à l'acidose métabolique que la cétose diabétique.

C23. Utilisation de la classification RIFLE dans le diagnostic et l'évaluation de l'insuffisance rénale aiguë chez les brûlés en réanimation.

Ouanès A (1) ; A Mokline (2); H Oueslati (2) ; I Rahmeni (2); L Gharsallah (2); B Gasri (2); A Ghanem (1); AA Messadi.(2); **(1) Laboratoire de Biologie Clinique, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés, Tunis, Tunisie (2) Service de Réanimation des Brûlés, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés, Tunis, Tunisie**

Introduction : L'insuffisance rénale aiguë (IRA) en réanimation est un problème fréquent, associé à une mortalité qui reste très élevée. Son incidence est extrêmement variable en fonction des définitions proposées. Le but de notre étude est d'évaluer l'incidence de l'IRA chez les brûlés en réanimation, en se référant à la classification RIFLE (Risk-Injury-Failure-Loss-End stage renal disease) et d'en identifier ses facteurs de risque et son pronostic.

Patients et Méthodes: Etude rétrospective réalisée au service de réanimation des brûlés de Tunis sur 22 mois (Juillet 2008- Mai 2010). Tous les patients hospitalisés pour des brûlures graves avec une SCB > 10 % ont été inclus, l'insuffisance rénale chronique étant toutefois un critère d'exclusion. L'IRA a été diagnostiquée en adoptant les critères RIFLE.

Résultats: Durant la période d'étude, 651 patients ont été étudiés. 30 cas ont présenté une élévation de la créatininémie d'au moins 50 % par rapport à sa valeur de base, d'âge moyen $47,30 \pm 22,75$ ans (18- 100) et avec une SCB de $42,35 \pm 20,59$ % (10- 90). L'incidence de l'IRA est de 4,8% au maximum du RIFLE: R (16,66%), I (36,66%) et F (46,66%). 70 % des cas atteignaient le niveau R (Risk) au bout de la première semaine. 20 % avaient aggravé leur stade d'insuffisance rénale et le temps d'évolution au maximum du RIFLE était de $2,66 \pm 3,44$ jours (1 à 7 j). L'hypotension artérielle initiale prédispose à l'IRA précoce. L'âge > 40 ans, la SCB > 32%, et la défaillance multiviscérale sont des facteurs de risque indépendants d'IRA. La mortalité globale à j 28 en présence d'IRA atteint 80% tous niveaux confondus contre 6% en l'absence d'IRA ($p= 0,01$). Le taux de mortalité à j28 augmente de 72 % en passant du niveau R au niveau I et F. La présence d'IRA est un facteur de risque indépendant de mortalité qui multiplie par 19 le risque de décès.

Conclusion: L'IRA est une défaillance d'organe relativement fréquente chez les patients en réanimation. Malgré les progrès des traitements de substitution, la survenue d'une IRA possède une valeur prédictive indépendante de mortalité. Le RIFLE semble être un outil fiable et d'un grand apport aussi bien dans le diagnostic et le suivi de l'IRA que dans le pronostic.

C24. La plasmaphérèse en réanimation Etude prospective à propos de 99 Séances.

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

Introduction : Depuis son utilisation pour la première fois par Abel, Rountree et Turner en 1914, les indications et les modalités de plasmaphérèse ne cessent de s'élargir et de se diversifier. En réanimation, cette technique est de plus en plus utilisée. Le but de notre travail est d'étudier le profil et les caractéristiques épidémiologiques, étiologiques et évolutives des patients nécessitant une plasmaphérèse en réanimation.

Matériel et méthodes : Etude prospective portant sur tous les patients ayant eu une plasmaphérèse réalisée dans le service de réanimation polyvalente du CHU Habib Bourguiba de Sfax. Notre étude s'est étendue depuis le 17/04/2008 (date de la première séance) jusqu'au 10/01/2011.

Résultats : Durant la période d'étude, 99 séances de plasmaphérèse ont été réalisées chez 28 patients (extrêmes 1 – 11 séances). L'âge moyen de nos patients a été de 34.1+/-16.4 ans (extrêmes 13 – 67 ans). Une prédominance féminine a été retrouvée ((M :12)/(F :16)). L'indication la plus fréquente à la plasmaphérèse a été le syndrome de Guillain Barré (11 cas (39.1%)), la micro-angiopathie thrombotique (MAT) (8 cas (28.6%)) et la myasthénie (4 cas (14.3%)). Le liquide de substitution utilisé a été le plasma frais congelé dans les cas de MAT et l'albumine dans les autres cas. La mortalité a été de 32.1% (9 cas).

Conclusion : L'utilisation de la plasmaphérèse ne cesse de s'élargir en réanimation. Dans notre service le recours à cette technique, est dominé par le syndrome de Guillain Barré, les micro-angiopathies thrombotiques et la myasthénie.

C25. Limitation et arrêt thérapeutique active en fin de vie enquête auprès de 100 médecins réanimateurs).

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

Introduction : La limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives en fin de vie sont devenue de plus en plus fréquente, ceci à son tour entraîne des interrogations et des conflits éthiques centrés sur les thèmes de l'acharnement thérapeutique, et des actes de fin de vie médicalisés. Les objectifs de notre travail sont de contribuer à apporter une meilleure connaissance sur la limitations et arrêt des thérapeutiques actives des malades en fin de vie en réanimation dans nos hôpitaux, avoir une idée sur l'avis des médecins réanimateurs concernant ce sujet, ainsi que les facteurs menant à prendre ces décisions. **Matériels et méthodes :** Enquête par sondage mené auprès d'un groupe composé de 100 médecins réanimateurs marocains. La méthodologie choisie a été celle d'un questionnaire anonyme composé de questions fermées.

Résultats : 96% des médecins interrogés affirment l'absence d'une réflexion collégiale quant à limitation et arrêt des soins en fin de vie dans les services de réanimation où ils exercent, malgré que 95% des médecins interrogés affirment qu'ils ont été confrontés un jour face à cette situation dans leurs pratiques quotidiennes. En cas de décision d'arrêt des thérapeutiques actives, le fait de ne pas réaliser le massage cardiaque externe en cas d'arrêt cardio-respiratoire (70% des réponses) et l'extubation (60% des réponses) constituent les principaux traitements arrêtés, alors qu'en cas de limitations des thérapeutiques actives, la limitation de la ventilation mécanique par limitation de la FiO2 (90% des réponses) et la non introduction des vasopresseurs (86,6% des réponses) viennent en premier lieu. Selon l'avis des médecins interrogés, les facteurs menant le plus souvent à la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives en reanimation sont multiples, les maladies néoplasiques en phase terminale (68% des réponses) sont le premier facteur, suivi de l'âge avancé (66% des réponses) et les affections chroniques en phase terminale (62% des réponses), l'inutilité ou futilité des thérapeutiques arrive en troisième position (54% des réponses), alors que le coût économique des soins arrive en dernière position avec (42% des réponses) selon les réponses des médecins

interrogés. La majorité des médecins interrogés pensent que la décision doit être prise par tout le staff médical de l'unité de réanimation (64% des réponses), et seulement 26% des médecins interrogés pensent que la famille du malade peut intervenir dans la décision et/ou ses modalités. 40% des médecins interrogés pensent qu'il ne faut pas mentionner les décisions de limitation ou arrêt des thérapeutiques dans le dossier médical du malade, alors que seulement 16% des médecins interrogés pensent qu'il faut prescrire les décisions dans le dossier médical. 90% des médecins sont d'accord pour l'adoption d'une politique concernant la limitation et l'arrêt des thérapeutiques.

C26. Enquête sur la satisfaction des familles des patients hospitalisés en réanimation.

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

Introduction : L'évaluation de la satisfaction des familles de patients admis en réanimation, vise à proposer des adaptations et des modifications dans une perspective dynamique d'amélioration des pratiques professionnelles.

Matériel et Méthodes : Étude prospective, descriptive, monocentrique réalisée au sein du service de réanimation polyvalente du CHU Monastir pendant le premier trimestre de l'année 2011. Un questionnaire de satisfaction (*The Critical Care Family Needs Inventory : CCFNI*) a été administré aux membres de familles de patients hospitalisés en réanimation portant sur : les conditions d'accueil en réanimation, la qualité de l'information et la qualité des soins délivrés. Ce questionnaire traitant 14 thèmes sur une échelle d'auto-évaluation en 4 points (1 = extrême satisfaction et 4 = extrême insatisfaction). Chaque item du score CCFNI avait une cotation de 1 point si la réponse de la personne interrogée était « tout le temps » ou « la plupart du temps » (indiquant sa satisfaction) et une cotation de 0 si sa réponse était « seulement quelques fois » ou « jamais ».

Résultats : 44 patients ont été inclus, leur âge médian était de 60 ans avec des extrêmes allant de 14 à 92 ans, 64 % d'entre eux étaient de sexe masculin avec un score SAPS II médian de 34,9(IQR=23). La durée médiane du séjour des patients en réanimation était de 12 jours (IQR=17). La pathologie respiratoire était la défaillance la plus fréquemment retrouvée (63%). Dix sept patients sont décédés (40%) à l'issue de leur hospitalisation en réanimation. 139 membres de famille ont répondu au questionnaire et ainsi inclus dans l'analyse. L'âge médian de ces derniers était de 42 ans (IQR=19,5), 72 d'entre eux étaient de sexe masculin (52%). Parmi les personnes interrogées, 31% d'entre elles avaient un niveau d'instruction primaire, 30% ayant atteint un niveau secondaire, en revanche 13% n'avaient aucune instruction. 114 membres (83%) pensaient que leurs proches étaient bien pris en charge dans notre service, en revanche 25 autres (17%) pensaient que leurs proches seraient mieux pris en charge dans une autre structure, en l'occurrence dans des cliniques privées. 68 % des visiteurs ne distinguaient pas clairement la fonction de chaque membre de l'équipe. La médiane du score CCFNI était de 10 (IQR=3) avec des extrêmes allant de 3 à 13 sur une échelle de 14. Plus de 80% des personnes interrogées étaient globalement satisfaites de la qualité de l'information, du contact avec le personnel soignant et de la qualité des soins, néanmoins 70 % pensaient qu'il y aurait des éléments de la prise en charge pouvant être sujettes à des améliorations substantielles : une extrême insatisfaction des membres de familles a été notée à l'égard du personnel soignant qui devraient fournir plus d'explications sur les appareils utilisés chez leurs proches.

Conclusion : Notre étude montre que des progrès substantiels restent à réaliser pour améliorer la satisfaction des familles principalement les conditions d'accueil des familles et des informations relatives à l'état de santé des patients.

C27. Impact de la modalité d'hospitalisation en réanimation sur la morbi-mortalité.

S Ayed, H Ben Sik Ali, N Tilouche , Gharbi R, M Fekih Hassen , S Elatrous. **Service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar, Mahdia. Tunisie.**

Introduction : La réanimation est une structure destinée à prendre en charge des patients présentant une défaillance vitale. L'admission en réanimation peut se faire directement via les urgences ou les patients peuvent être transférés secondairement des autres services hospitaliers en cas de survenue de complications. Le but de ce travail est d'étudier l'impact de la modalité d'hospitalisation en réanimation sur la morbi-mortalité.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude retrospective incluant les patients admis au service de réanimation médicale de Mahdia entre Mars 2001 et Février 2012. Deux groupes sont individualisés selon le service d'origine:

- Groupe1(G1) : patients admis par le biais des urgences
- Groupe2(G2) : patients transférés des autres services hospitaliers.

Les paramètres recueillis sont : toutes les caractéristiques démographiques des patients, la gravité à l'admission évaluée par le SAPS II, les motifs d'hospitalisation, le recours à la ventilation mécanique et aux drogues vasoactifs, la survenue d'une infection nosocomiale, la durée de séjour et le taux de mortalité dans chaque groupe.

Résultats : Durant la période d'étude 3371 patients (âge moyen 56 ± 21 ans; sexe ratio= 1,23 ; SAPS II= 32 ± 2). Soixante quinze pour cent des patients sont issus des urgences. Les motifs d'hospitalisation sont représentés essentiellement par les insuffisances respiratoires aiguës (49%), états de choc (17%) et comas (19%). La mortalité globale est de 22,7%. En analyse univariée, les patients issus des urgences sont moins âgés (55 ± 21 vs 57 ± 20 ans; $p=0,025$) et ont un SAPS II moins élevé (31 ± 20 vs 35 ± 20). Les motifs d'hospitalisation dans les deux groupes étaient similaires. Soixante cinq pour cent des patients transférés des services hospitaliers sont ventilés mécaniquement contre 52% des patients des urgences ($p<0,001$). La durée de séjour était significativement plus prolongée dans le deuxième groupe (8 jours vs 9 jours ; $p=0,009$). La mortalité des patients transférés des services hospitaliers est de 30% contre 20% dans le groupe G1 ($p<0,001$).

Conclusion : Les patients qui sont transférés des services hospitaliers présentent une gravité plus importante par rapport aux patients admis directement par le biais des urgences et par conséquent, ils ont une morbi- mortalité plus élevée. La sous estimation de la gravité des patients à l'admission aux services hospitaliers, les aggravations secondaires ou la présence d'une iatrogénie peuvent expliquer ces résultats.