

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

Communications affichées (Posters) :

P1.

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

M.Rezgui, I Zaghoudi, ZY Elhechmi, O Mathlouthi, NE Abidi, Z .Jerbi
Service des urgences et de réanimation, Hôpital Habib Thameur

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.

Résultats : Nous avons colligés 44 patients, l'âge moyen était de 43 ± 18 ans seulement 16% des patients avaient un âge supérieur à 65 ans, avec un sex-ratio de 0.63. 69% des patients avaient une comorbidité.

Le diagnostic est posé devant un syndrome grippal associant des signes généraux 81% des signes respiratoires 77 %, des signes digestifs 26% des signes neurologiques 24% avec une PCR positive sur prélèvement nasopharyngé. 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 %; le traitement a comporté le recours à VNI 9 %, la VAC 22 %, L'oseltamivir a été prescrit chez tous nos patients, une antibiothérapie 36 %. La durée d'hospitalisation était de 4 ± 4.6 jours. 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.

P2.

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

M.Rezgui , I.Zaghdoudi ,R. Khlayfiya ,M A Cherif ,Z Y Hechmi, I.Fathallah , Z .Jerbi
Service des urgences et de réanimation, hôpital Habib Thameur.

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.

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

Résultats : 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 centrolobulaire 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.

P3.

Pyélonéphrite emphysémateuse chez le diabétique : urgence diagnostique et thérapeutique à propos d'un cas pris en charge aux urgences.

M.Rezgui, I.Zaghdoudi, Z Y Hechmi, M A Cherif, A Chargui, NE Abidi, Z .Jerbi
Service des urgences et de réanimation, hopital Habib Thameur

Introduction : la pyélonéphrite emphysémateuse est une infection nécrosante et suppurative du parenchyme rénal. C'est une affection rare survenant essentiellement chez le sujet diabétique et engageant le pronostic vital et fonctionnel. Le profil microbiologique est dominé par les bacilles à gram négatif en particulier *Escherichia Coli*, *Klebsiella Pneumoniae* représente un germe moins souvent mis en cause.

Nous rapportons un cas de pyélonéphrite emphysémateuse à *Klebsiella Pneumonia* chez un diabétique présentant une pathologie lithiasique et nous discutons les aspects cliniques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutifs de cette pathologie rare.

Cas clinique : Un patient âgé de 55 ans à l'antécédent de diabète type I d'hypertension, d'éthylisme et de colique néphrétique pris en charge aux urgences dans un tableau de fièvre, d'état de choc, sensibilité du flanc droit, le bilan biologique objective un syndrome inflammatoire globule blanc (GB) à 8000 éléments/mm³, CRP à 275mg/l, une insuffisance rénale UREE=21,3 mmol/l CREATININE à 333µmol/l. Le rein droit n'a pas pu être visualisé à l'échographie abdominale l'Uroscanner pratiqué en urgence montre la présence d'air dans l'espace rénal et périnéale, le diagnostic de pyélonéphrite emphysémateuse est posé. La prise en charge thérapeutique a comporté un traitement symptomatique (support ventilatoire et hémodynamique), une antibiothérapie empirique et une néphrectomie droite de sauvetage. L'évolution postopératoire initiale est favorable. L'antibiothérapie est secondairement adaptée en fonction du résultat de l'antibiogramme qui montre un *K. pneumoniae* BLSE. L'évolution ultérieure est émaillée de complications nosocomiales infectieuses menant au décès.

Conclusion : C'est une affection grave et rare survenant essentiellement chez le sujet diabétique. Un diagnostic précis et urgent permettra une prise en charge thérapeutique adéquate, qu'elle soit médicale ou chirurgicale et améliore le pronostic vital et fonctionnel.

P4.

Le syndrome de détresse respiratoire aigu au cours de la varicelle : A propos d'un cas.

S Habibèche, MA Chérif, NE Abidi, M Rezgui, I.Zaghoudi, Z .Jerbi

Service des urgences et de réanimation, Hôpital Habib Thameur

Introduction : La varicelle est une maladie éruptive contagieuse fréquente chez l'enfant. Chez l'adulte, elle est rare et souvent grave.

Cas clinique : Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 37 ans sans antécédents pathologiques ayant présenté une symptomatologie faite de toux, dyspnée et éruption cutanée évocatrice d'une infection à varicelle. La radiographie thoracique avait montré un syndrome alvéolo interstitiel bilatéral. La sérologie de la varicelle était positive. L'évolution a été marquée par l'apparition d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë avec état de choc septique ayant nécessité une ventilation mécanique pendant 18 jours et un traitement par de l'acyclovir à forte dose par voie IV et une antibiothérapie prolongée. La guérison a été obtenue au bout de 25 jours d'hospitalisation.

Conclusion : L'atteinte pulmonaire au cours de la varicelle constitue la complication la plus grave et la plus fréquente chez l'adulte immunocompétent. Elle nécessite un diagnostic et une prise en charge rapide.

P5.

Insuffisance rénale aigue de la pré-éclampsie sévère : place de l'hémofiltration continue (HFC).

Kouas S, Sghaier N, Hajjaji A, Léfi H, Faleh R, Sakouhi M.
Service de Gynéco-obstétrique de Monastir.

Introduction : L'insuffisance rénale aigue est une complication exceptionnelle de la grossesse, elle rentre dans le cadre des défaillances multi viscérales de la pré éclampsie sévère. Le recours à l'EER s'envisage au cours de l'IRA oligo-anurique persistante, hyperkaliémique menaçante et l'OAP.

Objectifs : Etudier la place de l'HFC dans l'amélioration du pronostic maternel.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective sur dossiers de 3 patientes hospitalisées en USI de la maternité de Monastir sur une période de 2 années présentant une pré éclampsie severe compliquée d'insuffisance rénale aigue oligo-anurique ayant nécessité des séances d'hémofiltration.

L'IRA se définit par une anurie (diurèse<100cc/24h) ou oligurie (diurèse entre 100-500cc/24h) avec créatinémie>135 µmol/l.

Résultats : L'âge moyen de nos patientes était de 33,4ans avec prédominance chez la multipare, survenant au 3^{ème} trimestre de la grossesse. L'accouchement a eu lieu par césarienne dans 2 cas. La diurèse était en moyenne de 187 ?5cc/24h et la créatinine sanguine 62mg/l. Le HELLP syndrome était présent chez une seule patiente et aucun cas d'OAP n'a été noté. L'évolution était favorable chez toutes les patientes avec récupération progressive de la diurèse et d'une fonction rénale correcte.

Conclusion : L'IRA est une complication rare de la pré éclampsie sévère car elle rentre dans le cadre d'une défaillance multiviscérale. L'hémofiltration au lit de malade permet de traiter les complications aigues chez des patientes instables sur le plan hémodynamique, souvent ventilées artificiellement, intransportables vers le service de néphrologie.

P6.

AVC hémorragique par rupture anévrysmale au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse : à propos d'un cas et revue de la littérature

Sghaier N, Kouas .S, Hajjaji A, Léfi H, Denguezli W, Sakouhi M.
Service de Gynéco-Obstétrique de Monastir.

Introduction : La grossesse et le post partum sont une période à risque de survenue d'accident vasculaire cérébral(AVC) responsable de 12% de mortalité maternelle. Les AVC hémorragiques demeurent un événement rare posant essentiellement un problème thérapeutique.

Matériel et méthodes : Nous rapportons ici le cas d'une hémorragie cérébrale par rupture d'anévrysme chez une patiente enceinte avec bonne évolution après traitement médico-chirurgical.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée d30 ans, admise à un terme de 38 S.A pour céphalées évoluant depuis 48 heures, rebelles au traitement symptomatique habituel. L'évolution a été rapidement défavorable avec dégradation de l'état de conscience, installation d'un déficit moteur gauche, et secondairement une anisocorie droite. Une TDM cérébrale réalisée en urgence a montré un hématome temporo-insulaire droit responsable d'un effet de masse avec des signes d'engagement sous factoriel et temporal. La patiente a été césarisée en urgence sous anesthésie générale. Après extraction du fœtus en bonne santé, la patiente a été transférée immédiatement au service de neurochirurgie où l'angiographie cérébrale a montré un anévrysme de la jonction M1-M2 mamelonné qui pointe vers le lobe temporal. L'indication opératoire a été portée en urgence. L'intervention a consisté en une exclusion de l'anévrysme avec évacuation de l'hématome temporo-insulaire droit. Les suites post opératoires étaient simples avec extubation à J3 post opératoire et régression partielle du déficit moteur. La patiente a été mise sortante à J15 post opératoire.

Discussion et conclusion : Les données actuelles de la littérature évoquent la grossesse comme étant un facteur favorisant la rupture d'anévrysme ou de MAV cérébrales. L'AVC hémorragique doit être évoqué devant toute altération de l'état de conscience et/ou des signes de localisation survenant chez une femme enceinte. La précocité du diagnostic permet une prise en charge précoce seule garante d'un meilleur pronostic.

P7.

Intérêt de la corticothérapie dans le traitement de thrombopénie dans le post-partum.

Kouas S., Sghaier N., Hajjaji A, Bchir H, Faleh R., Sakouhi M.

Service de Gynéco-Obstétrique de Monastir.

Introduction : La thrombopénie complique 10% des grossesses. Cette thrombopénie au cours de la grossesse peut être due à de multiples étiologies. La corticothérapie constitue le traitement de première intention.

Objectifs : Evaluer le protocole de corticothérapie dans le post partum pour le traitement de la thrombopénie toute cause confondue.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective portant sur 49 patientes présentant une thrombopénie modérée à sévère ; Les patientes ont été réparties en trois groupes :

Groupe 1 : la thrombopénie est la complication d'une pathologie gravidique (pré éclampsie ; HELLP syndrome,....) (14 cas)

Groupe 2 : la thrombopénie est d'origine hématologique ou immunologique (7 cas)

Groupe 3 : la thrombopénie est d'origine gestationnelle bénigne (28 cas)

Le groupe 1 ayant un taux des plaquettes entre 80.000 et 100.000/mm³ recevait de dexaméthasone 4mg/jour ; le traitement est poursuivi jusqu'à ce que le taux des plaquettes dépassait 100.000/mm³. Dans les groupes 2 et 3 ; Les patients ayant une thrombopénie entre 50.000 et 80.000/mm³ recevaient de dexaméthasone 4mg/jour, celles ayant un taux inférieure à 50.000/mm³ recevaient 12mg/jour. Le traitement est poursuivi jusqu'à ce que le taux des plaquettes remonte à plus de 80.000/mm³. L'échec de cette thérapeutique est défini par la non ascension des chiffres des plaquettes après 72heures.

Résultats : L'échec de la corticothérapie a été observée dans 4cas dans le groupe 1 contre 2 dans le groupe 3. Aucun cas d'échec n'a été noté dans le groupe 2. Une numération des plaquettes après 3 mois a montré la récurrence de la thrombopénie chez 2 patientes.

Conclusion : La corticothérapie constitue la thérapeutique de première intention devant la thrombopénie gestationnelle. Toutefois, le succès du traitement repose essentiellement sur la détermination de l'étiologie.

P8.

L'encéphalopathie de Gayet Wernicke : complication rare des vomissements gravidiques.

Kouas S., Léfi H., Hajjaji A., Sghaier N., Faleh R., Sakouhi M.
Service de Gynéco-Obstétrique de Monastir.

Introduction : L'encéphalopathie de Gayet Wernicke rentre dans le cadre des encéphalopathies métaboliques. Elle est essentiellement due à un apport nutritionnel pauvre en vitamines B1.

Cette carence vitaminiq ue est secondaire à une dénutrition (alcoolisme) ou à des vomissements incoercibles lors de la grossesse.

Observation : Nous rapportons ici le cas d'une jeune parturiente âgée de 28 ans, enceinte de 22 S.A, qui consulte pour des vomissements évoluant depuis trois mois associés à une restriction volontaire de l'alimentation. Un traitement symptomatique a été instauré sans amélioration.

L'examen clinique à l'admission a montré une altération de l'état général, une déshydratation mixte sans signes de choc. La patiente était tachycarde sans signes d'insuffisance cardiaque. L'examen neurologique a montré une somnolence, une confusion, un syndrome cérébelleux cinétique et statique et un syndrome pyramidal bilatéral. La parturiente n'avait ni fièvre ni d syndrome méningé. La seule anomalie biologique était une hyponatrémie à 126 mmol/l. L'examen ophtalmologique a montré un nystagmus dans les regards latéraux..

Le scanner et l'IRM cérébraux étaient normaux .Le diagnostic d'encéphalopathie de Gayet Wernicke était retenu. Un dosage de la vitamine B1a été pratiqué et un traitement substitutif d'épreuve a été instauré à la dose de 100mg deux fois par jour, en association à un protocole de **réhydratation et d'alimentation parentérale**. L'évolution était favorable.

Conclusion : La vitamine B1 est un coenzyme impliqué dans plusieurs voies métaboliques cerebrales.Le diagnostic de l'encéphalopathie de Gayet Wernicke est clinique avec la triade (syndrome confusionnel, troubles oculomoteurs et ataxie) retrouvée dans 60% des cas.

La recherche d'un déficit en vitamine B1 doit faire partie du bilan initial s'il existe un contexte nutritionnel favorisant chez une femme jeune, en particulier la grossesse.

P9.

Purpura Fulminans en pédiatrie (une expérience de 10 ans)

Z.Laatiri ; K.Ben helel ; S.Attia ; H.Nasri ; N.Khattat ; A.Mlika ; O.Kraiem ; S.Khammeri ; M.Troudi ; F.Amri
Service de pédiatrie - Kairouan

Introduction : Le Purpura Fulminans se définit comme l'association de fièvre, de lésions purpuriques vasculaires, d'un état de choc et des signes de CIVD. Sa mortalité était rapportée comme pouvant atteindre 70 à 90 %. Actuellement, en fonction de l'étiologie et de la rapidité de prise en charge, elle peut être réduite à 10%. L'objectif de notre travail est d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ainsi que le devenir des enfants ayant présenté un purpura fulminans.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective qui a concerné les enfants admis au service de pédiatrie du CHU Ibn El Jazzar de Kairouan pour purpura fulminans ; depuis le 1^{er} Janvier 2002 jusqu'au 23 Octobre 2011. Nous avons étudié le profil épidémiologique, clinique et les modalités de prise en charge ainsi que l'évaluation du pronostic.

Résultats : Durant les 10 années d'étude, on a colligé 10 patients atteints de purpura fulminans, en moyenne 1cas/an. On a noté une prédominance masculine : 6 garçons et 4 filles. L'âge moyen est de 5,3 ans avec des extrêmes de 16 jours à 14 ans. Le délai moyen de prise en charge était de 12 heures. Le tableau clinique associe dans la majorité de cas un purpura fébrile associé à un syndrome méningé, un état de choc et une altération de l'état neurologique. Dans la majorité des cas, le purpura est secondaire à une méningococcémie, dans un cas le purpura état secondaire au virus H1N1. La prise en charge du purpura fulminans infectieux est une urgence diagnostique et thérapeutique, les mesures de réanimation associent une administration rapide de l'antibiothérapie, une correction des troubles hémodynamiques par des remplissages et des drogues vasoactives et éventuellement une ventilation assistée et une corticothérapie. Le décès est survenu dans 50 % des cas entre H24 et J6 d'hospitalisation. Les survivants n'ont pas gardé de séquelles.

Conclusion : Le purpura fulminans est une maladie, heureusement rare, mais en dépit des progrès de la réanimation, la mortalité reste élevée, de l'ordre de 35 %, associée à une morbidité non négligeable. Le traitement prophylactique, s'adresse aux sujets contacts. Il repose sur un traitement antibiotique préventif et éventuellement sur la vaccination.

P10.

Effets délétères graves de l'adrénaline dans le traitement de l'état de choc des intoxications aigus aux bêtabloquants (IAB)

Farjallah A ; Ben Saida I ; Chouchene I ; Bouneb R ; Boukadida MA ; Bouchoucha S
Service de Médecine Intensive EPS Farhat Hached Sousse

Les IAB dans leurs formes graves peuvent entraîner un état de choc imposant l'introduction d'inotropes, chronotropes et dromotropes. Nous rapportons un cas où l'usage de l'adrénaline a induit une ischémie coronaire sévère avec apparition d'un syndrome de Takotsubo.

Cas clinique : Mr O.M.18 ans, sans antécédents, a ingéré volontairement 5,6g d'acébutolol (Sectral®, dose toxique=5g). L'examen 2 heures plus tard, révèle une fréquence cardiaque à 72c/min avec ralentissement de la conduction intraventriculaire (QRS=0,16s) et auriculoventriculaire (PR=0,30s) et collapsus (PA=75/50 mmHg). Sous adrénaline (0,5 mg/h) associée à 100cc de bicarbonate semi-molaire, remontée de la PA (PA=110/30 mmHg) et normalisation du QRS (0,12s) et de la conduction AV (PR=0,12s). L'évolution est marquée par 3 épisodes successifs (E1, E2, E3) de douleurs angineuses (H15, H25, H43) correspondants à des paliers croissants d'adrénaline (E1=1,2mg/l, E2=1,3mg/l, E3=1,7mg/l) justifiées par un ralentissement de la fréquence cardiaque (40c/min). Ces douleurs sont associées à une onde T(-) dans le territoire inférieur (E1), un sus-décalage de ST dans le territoire inférieur et septoapical latéral (E2 et E3) et à une élévation des troponines (E2=8,5 ng/ml et E3=15,6 ng/ml). Le premier épisode (E1) s'est accompagné d'un œdème pulmonaire interstitiel sans détresse respiratoire et E2 d'un collapsus isolé. Une coronarographie au décours du 3^{ème} épisode montre des coronaires saines avec à l'échocardiographie une akinésie antéroseptoapicale et une ballonnisation de l'apex ventriculaire (Takotsubo) et une FE=40%. La dégression progressive des posologies d'adrénaline amène en 24h à la disparition du sus-décalage de ST et la baisse du taux de troponine (1,6ng/ml à H96). Un contrôle échographique fait à J10 montre la disparition de l'akinésie et de la ballonnisation du VG avec une FE à 78%.

Discussion : Le traitement médicamenteux des états de choc compliquant les IAB n'est pas clairement codifié. Le glucagon sans effet chronotrope doit parfois être associé ou remplacé par la dobutamine, l'isoprénaline, l'adrénaline ou la noradrénaline dont le choix n'est pas rationalisé. L'adrénaline a l'inconvénient d'un effet vasoconstricteur délétère sur les circulations régionales. Notre observation est la première à mettre en évidence cet effet délétère sur la circulation coronaire et l'apparition d'une ballonnisation de la pointe du VG. Au cours des IAB, l'effet de l'adrénaline se focalise sur les récepteurs α_1 et α_2 coronaires, notamment au niveau des vaisseaux sus-épicardiques distaux entraînant une ischémie et une zone de "faiblesse" au niveau de la tunique externe du myocarde responsable d'un effet de "ballonnisation" de la pointe du VG. Notre observation invite à proscrire l'usage de l'adrénaline dans le traitement des états de choc des IAB. L'alternative semble être la dobutamine (effet inotrope et chronotrope sans impact sur les récepteurs α coronaires) éventuellement associée à la noradrénaline (pas d'action sur les récepteurs coronaires).

P11.

Encéphalites aiguës de la rubéole : éléments épidémiologiques diagnostiques et pronostiques. A propos de 3 cas

Ben Saida I ; Bouneb R ; Chouchenel ; Jaouadi A ; Smaya N ; Bouchoucha S
Service de Médecine Intensive EPS Farhat Hached Sousse

L'encéphalite aiguë est la principale complication neurologique de la rubéole. Son incidence est estimée à 1/5000 cas et sa mortalité autour de 20%. Nous rapportons 3 cas de formes sévères pris en charge au service de Médecine Intensive du CHU F. Hached entre Avril et Juin 2011 lors d'une poussée épidémique. Les caractéristiques épidémiologiques cliniques et évolutives de ces cas sont analysées.

CAS CLINIQUE

| | | Cas 1 | Cas 2 | Cas 3 | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------|
| Age (ans) | | 18 | 17 | 16 | |
| Exanthème | | J-4 | J-2 | J-4 | |
| Signes neurologiques | Glasgow | 7/15 | 13/15 | 8/15 | |
| | convulsions | + | + | + | |
| | Syndrome méningé | + | + | + | |
| LCR | Chimie | Protéines (g/l) | 0,88 | 4,2 | 3,2 |
| | | Glucose | normal | normal | normal |
| | Cytologie (EB elts/mm ³) | 20 65%lymphocytes | EB<1 | EB=4 | |
| Sérologie rubéole | | IgM positif Taux=6,24 | IgM positif Taux=10,52 | IgM positif Taux=9,43 | |
| TDM | | normale | normale | normale | |
| Traitements symptomatiques | | -Gardéna -VM* | -Gardéna -VM* | -gardéna -VM* | |
| Evolution | Durée de VM | 1jour | 10 jours | 3 jours | |
| | Durée de séjour | 3jours | 11 jours | 8 jours | |
| | Issue | Domicile | Décès | Domicile | |

* : VM : ventilation mécanique

Discussion : Les 3 cas rapportés constituent un échantillon des 50 formes graves (coma, convulsions, assistance ventilatoire) répertoriés durant l'épidémie du 1er semestre 2011 en Tunisie (726 cas). L'âge des patients correspond à la tranche supérieure d'âge habituellement concernée par l'infection rubéolique, dont la majorité est prise en charge en pédiatrie (22 cas dans le Service de Pédiatrie du même CHU). Le diagnostic suggéré par le contexte épidémique et l'association constante d'un exanthème simultané ou ayant précédé les signes neurologiques chez tous les patients est confirmé par l'augmentation significative du taux d'IGM sériques. Le LCR (hyperprotéinorrhachie avec réaction cellulaire minime ou absente) comme la TDM ne servent qu'à écarter d'autres étiologies d'infections cérébro-méningées. Seules les encéphalites subaiguës par réinfection ou réactivation d'une rubéole congénitale posent un problème diagnostique. Le terrain et leur mode d'installation (progressif) nous ont permis d'écarter ce diagnostic. Malgré un décès non imputable à l'encéphalite (pneumonie nosocomiale), l'évolution sous traitements symptomatiques des encéphalites aiguës de la rubéole semble rapidement favorable (3 à 9j) et sans risques de séquelles.

Conclusion : L'encéphalite aiguë de la rubéole qui survient le plus souvent en période épidémique doit être évoquée devant un tableau de méningo-encéphalite aiguë brutale précédé par un exanthème cutané. L'élévation significative du taux sérique des IgM spécifiques confirme le diagnostic. Les formes graves caractérisées par un coma et des convulsions évoluent dans leur grande majorité sauf complications de manière rapidement favorable ; les séquelles sont rares.

P12.

Hyper natrémie neurogène : A propos d'un cas adulte répondant à la Desmopressine

Abdelbaki A ; Farjallah A ; Chouchene I ; Bouneb R ; Doufaai A ; Bouchoucha S
Service de Médecine Intensive EPS Farhat Hached Sousse

L'hyper natrémie neurogène est un trouble métabolique rare se révélant habituellement durant l'enfance souvent associée à des lésions hypothalamo-hypophysaires et des perturbations endocriniennes avec une hypo ou adipsie. Nous rapportons un nouveau cas révélé à l'âge adulte et répondant au traitement par Desmopressine.

CAS CLINIQUE : Melle GB 19 ans, est née avec une dysmorphie faciale (fente labio-palatine totale droite avec hypoplasie majeure prémaxillo-vomérienne) pour laquelle elle a été opérée à plusieurs reprises.

La famille signale depuis la petite enfance une tendance hypodipsique sans conséquences apparentes et sans troubles neurologiques ou endocriniens associés sauf un léger retard pubertaire.

En dehors du suivi maxillo-facial, la patiente n'est l'objet d'aucune investigation jusqu'à 2010 où à l'occasion d'une gastro-entérite compliquée de déshydratation sévère avec confusion mentale, elle est admise en réanimation. Le bilan biologique montre une natrémie à 181 mmol/l et une insuffisance rénale fonctionnelle (créatinine : 215 µmol/l corrigés en 03 jours par réhydratation IV puis sonde gastrique).

Le bilan neurologique (TDM, IRM, EEG) et hormonal (cortisol, PTH, prolactine, T4, TSH, GH) ne montrent pas d'anomalies. Le réveil complet de la patiente révèle une hypodipsie disparaissant sous Desmopressine (0.1mg×2/j) en deux jours.

DISCUSSION : Notre observation est à notre connaissance le premier cas révélé à l'âge adulte (44 observations pédiatriques rapportées à ce jour dans la littérature).

Elle interpelle sur un certain nombre de points :

- La latence du trouble, pour lequel peut être invoqué le caractère modéré de l'hypodipsie pourtant constatée depuis l'enfance.
- Le caractère idiopathique du trouble en l'absence de lésions hypothalamo-hypophysaires à l'imagerie ou de perturbations endocriniennes associées ; mais quelle signification accorder à la grave dysmorphie faciale opérée à de nombreuses reprises.
- L'efficacité rapide de la Desmopressine sur l'hypodipsie (à l'instar d'autres observations) signifie que l'ADH a un effet direct sur le centre de la soif adjacent au site de sécrétion de l'ADH.

P13.

Oedèmes pulmonaires (OP) au cours des intoxications aiguës à l'oxyde de carbone (IACO) : l'ischémie coronaire en cause

Khalidi M ; Boukadida L ; Lamine R ; Ben Saida I ; Farjallah A ; Acheche R ; Bouchoucha S
Service de Médecine Intensive EPS Farhat Hached Sousse

Un OP accompagne 15 à 30% des IACO et aggrave l'anoxie tissulaire. Son mécanisme (hémodynamique ou lésionnel) est encore débattu. Notre travail met en évidence une ischémie coronaire pouvant être à l'origine d'un mécanisme cardiogénique.

PATIENTS ET METHODES : 20 cas d'IACO ont été répertoriés dans le recrutement du Service de Médecine Intensive du CHU F. Hached à Sousse du 1994 à 2008.

L'analyse a porté sur les caractéristiques démographiques des patients, les co-morbidités associées (cardiovasculaires en particulier) et le profil clinique de l'IACO (gravité neurologique, troubles ECG et/ou circulatoire). Ont été parallèlement recherchés chez tous les patients des signes d'OP radiologiques classés en 3 stades (I : redistribution vasculaire, II : interstitiel, III : alvéolaire) et des signes d'ischémie coronaire à l'ECG également classés en 3 stades (ST +, ST-, T négative) La présence, la sévérité et l'évolution des anomalies observées ont été corrélées avec l'âge, les co-morbidités et la gravité de l'IACO (troubles neurologiques et cardio-circulatoires).

RESULTATS :

| OP stades : | I n= 5 | II n=5 | III n=4 |
|----------------------|-------------|------------|------------|
| ECG : | | | |
| ST+ | 3 (ICA =1) | 3 (ICA =1) | 2 (ICA =1) |
| ST- | 2 (ICA = 1) | 0 | 2 (ICA =1) |
| T<0 | 0 | 1 | |
| normal | 0 | 1 | 0 |
| Glasgow : | | | |
| 12-15 | 0 | 0 | 1 |
| 8-12 | 1 | 2 | 1 |
| 3-8 | 4 | 3 | 2 |
| Traitements : | | | |
| VM | 4 | 2 | 2 |
| Furosémide | 1 | 2 | 1 |
| Dobutamine | 0 | 0 | 1 |
| Evolution : | | | |
| OP | 2-3j | 2j | 2 à 7j |
| ECG | 48h | 2 à 5j | 2 à 8j |

OP des IACO: Corrélations cliniques, ECG, thérapeutiques et évolutives

Discussion : Un OP de sévérité variable est noté chez 14 (70%) de nos patients sans antécédents cardiovasculaires et dont l'âge moyen est de (31±11 ans). Cet OP est constamment associé à des signes ECG d'ischémie coronaire, le plus souvent sévères (ST+ : 58% ; ST- : 28%) et à une élévation importante du taux de troponine chez 5 patients sur 6 (1,44 à 12,8 ng/ml) .Cet OP s'est accompagnée chez 6 patients d'une insuffisance circulatoire aigue et dans 1 cas de troubles du rythme supraventriculaire, rapidement réversibles sous oxygénation

Les OP comme l'ischémie coronaire ne semblent pas corrélés à la profondeur du coma ; leur évolution rapidement favorable (OP : 2 à 3j en moyenne et max à 7J ; ischémie : 24 à 48H en moyenne et 1 patient à 30j) sous ventilation et oxygénation (diurétiques chez 5 patients) et légèrement différée par rapport au réveil des patients (4 à 5H en moyenne ; max 20H) atteste du caractère fonctionnel des troubles ischémiques et hémodynamique de l'OP.

Conclusion : Les IACO induisent fréquemment une ischémie coronaire fonctionnelle et un OP de mécanisme hémodynamique. Ces troubles sont rapidement réversibles sous ventilation (et éventuellement déplétion par diurétiques)

P14.

Œdème aigu du poumon survenu au décours d'une menace d'accouchement prématuré tocolysée par les inhibiteurs calciques : à propos de deux observations et revue de la littérature

R. Bel Hadj Tahar ; C. Mrazguia ; M. Regaieg ; N. Bouchouicha ; A.Falfoul
Service de gynécologie Obstétrique Hôpital Med Tlatli Nabeul

Les inhibiteurs calciques semblent être les tocolytiques les plus utilisés, vu leur innocuité et leur facilité d'utilisation, mais des accidents graves peuvent survenir au cours de leur emploi.

Nous rapportons deux observations d'œdème aigu du poumon survenues après administration par voie intraveineuse d'inhibiteurs calciques chez des patientes, sans antécédents cardiovasculaires, hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré.

Notre première patiente était âgée de 32ans, sans antécédents cardiovasculaires particuliers, hospitalisée dans notre service pour menace d'accouchement prématuré sur une grossesse gémellaire de 30SA. Après une injection de corticoïde et la mise en place d'une perfusion de loxen à la PSE, la patiente a développé une détresse respiratoire évoquant un OAP, la patiente a été transférée en réanimation, l'évolution était favorable après réanimation et arrêt du traitement

La deuxième patiente était âgée de 28 sans ATCD particuliers, hospitalisée pour MAP sur un terme de 32SA, le même tableau s'est installée à l'instauration du traitement tocolytique, l'issue a été favorable

Nous essayons à travers ces deux cas cliniques, ainsi q' une revue de la littérature de préciser la fréquence de cet accident, ses facteurs favorisants et ses modalités diagnostiques et thérapeutiques.

P15.

Prise en charge du syndrome de Guillain-Barré en milieu de réanimation

Baffoun N, Bounawas I, Dammak, W, Ben Hamza M A, Baccar K, Kaddour C.

Service d'anesthésie et de réanimation, Institute national de neurologie de Tunis

Introduction : Le syndrome du Guillain-Barré (SGB) a été décrit en 1916 par Guillain, Barré et Strohl, comme étant une polyradiculonévrite aiguë et primitive avec dissociation albumino-cytologique. Le pronostic de l'affection reste très imprévisible pouvant être très grave.

Nous rapportons notre expérience dans cette pathologie à propos de 24 patients hospitalisés pour SGB entre Octobre 2009 et Juin 2011 dans le service de réanimation de l'Institut National de Neurologie.

Patients et méthodes : C'est une étude rétrospective, réalisée à travers la consultation des observations médicales de patients admis pour prise en charge d'un SGB. On a procédé au recueil des données relatives à la présentation clinique, les modalités de prise en charge ainsi que les complications et l'évolution.

Résultats : L'âge de nos patients varie de 3 à 70 ans avec une moyenne de 38 ± 20 ans. Le sexe masculin est légèrement prédominant (sexe ratio=1,4). Les patients étaient pris en charge en phase ascendante ou d'extension dans 75% des cas (phase de plateau 25%). Le tableau clinique est fait d'un déficit moteur ascendant (92% des cas), des ROT abolis (96% des cas), de troubles de la sensibilité (50% des cas), une atteinte des paires crâniennes (75% des cas), des troubles de la déglutition (71% des cas) avec une toux devenue faible voire inefficace (72% des cas). On distingue deux cas de forme bulbaire dominés par l'atteinte des paires crâniennes.

La dissociation albumino-cytologie était constatée dans 87% des cas. L'EMG a conclu : atteinte démyélinisante 79%, atteinte axonale 16% atteinte axonale et démyélinisante 4%. On a eu recours à l'intubation et à la ventilation mécanique dans 54% des cas avec une durée moyenne de 12 ± 5 jours et le recours à une trachéotomie dans 4 cas. Les immunoglobulines étaient fréquemment prescrites (63 % des cas).

L'évolution a été marquée par l'amélioration clinique (42% des cas), une stabilité clinique (42% des cas) et quatre décès (2 choc septique, 1 embolie pulmonaire, 1 arrêt cardiaque sur troubles du rythme). Comme complications, on a relevé : deux échecs de décanulation en rapport avec une sténose trachéale, complications infectieuses 46% des cas (PAVM, infection sur KT, infection urinaire), escarres 13% des cas et kératite 4% des cas. Durée de séjour moyen est de 13 ± 12 jours.

Conclusion : Notre travail souligne, comme a été décrit dans la littérature, la gravité de cette affection tant par les complications immédiates que par les séquelles ultérieures.

Les mesures de soins intensifs diminuent le risque de complications non spécifiques. Le traitement par les immunoglobulines permet une récupération plus rapide, et réduit par conséquent les complications liées à une hospitalisation prolongée en milieu de réanimation mais expose à l'immunodépression et par conséquent aux infections nosocomiales.

P16.

Eclampsie: étude rétrospective de 16 cas

K.Regaiég, R.Briki M. Kouira, L.Jlili, L.Abbes, S.Hidar, A. Memmi, M.Fekih, , H.Khairi
Service de gynécologie-obstétrique du CHU Farhat Hached de Sousse

Introduction : L'éclampsie est un accident gravidopuerpéral paroxystique grave qui complique les états vasculorénaux de la grossesse. Environ 3 à 7 % des grossesses se compliquent d'une pré-éclampsie. Parmi celles-ci, 1 cas sur 200 évolue en éclampsie avérée, caractérisée par des crises convulsives pouvant être fatales pour la mère comme pour le fœtus. L'éclampsie demeure une des principales causes de décès maternel pendant l'accouchement.

But : Déterminer les facteurs étiologiques, les circonstances du diagnostic, la prise en charge de l'éclampsie, ainsi que les complications maternofoetale observées.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les cas d'éclampsie pris en charge entre janvier 2006 et juillet 2011 à la maternité de Sousse.

Résultats : Seize cas ont été observés sur la période d'étude de 04ans et 06mois. La prévalence de l'éclampsie était de 8,6 cas sur 10000 naissances. L'âge moyen des patientes était de 30 ans avec des extrêmes d'âge de 21 et 42 ans. Les principaux facteurs de risque retrouvés étaient la primiparité (70%) et une pré-éclampsie modérée à sévère (41%). L'éclampsie avait eu lieu en anté-partum dans 13 cas et en post-partum dans 3cas. L'évacuation de la grossesse a été effectuée par césarienne dans 8 cas. Au moment de la crise d'éclampsie 83.3% des patientes avaient une HTA (>16/10). 91% avaient une protéinurie à deux croix ou plus. 83% des patientes présentaient des prodromes à type de céphalées, épigastalgies, ROT vifs. Divers traitements étaient mis en place : (Antihypertenseurs : 83% cas, Sulfate de magnésium : 83%, anticonvulsivants : 18%. 7 patientes avaient développé des complications, majoritairement un HELLP syndrome (5 patientes), 3 cas de HRP, un cas d'inertie utérine ayant nécessité le recours à une triple ligature vasculaire, un cas de rhabdomyolyse . Aucun décès maternel n'était constaté. Le poids de naissance moyen était de 2350g avec 58% de nouveaux nés de poids inférieur au 10eme percentile. 20% de prématurité induite, 72% d'hospitalisations en néonatalogie.

Discussion et conclusion : La gravité de l'éclampsie est majorée par la présence d'une ou de plusieurs atteintes viscérales : neurologique, cardiaque, rénale, respiratoire, et/ou hépatique.

L'amélioration du pronostic passe par la prévention avec un suivi précoce et régulier des gestantes, le traitement adapté de l'hypertension gravidique et la prise en charge précoce de la pré-éclampsie et de l'éclampsie avant l'installation des signes de gravité. Enfin une approche multidisciplinaire, avec une participation plus renforcée des anesthésistes-réanimateurs, et la création de structures spécialisées en réanimation obstétricale et néonatale s'imposent.

P17.

Eclampsie et morbidité maternofoetale. Etude rétrospective de 12 cas

R.Bel Hadj Tahar, C.Mrazguia, M.Alouani, M.Marouani, A.Falfoul.

Service de gynécologie obstétrique ; Hôpital Med Tlatli de Nabeul

Introduction :

L'éclampsie est une complication obstétricale grave dont les mécanismes physiopathologiques restent mal connus, elle reste associée à une forte morbidité et mortalité maternofoetale.

But : Déterminer les facteurs étiologiques, les circonstances du diagnostic, la prise en charge de l'éclampsie, ainsi que les complications maternofoetale observées.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les cas d'éclampsie pris en charge entre janvier 2007 et décembre 2010 colligés à la maternité de Nabeul.

Résultats : Douze cas ont été inclus sur la période d'étude de 4 ans. L'âge moyen des patientes était de 33 ans avec des extrêmes de 21 et 40 ans. Dix patientes ont présenté leur crise en dehors de notre maternité alors que les deux autres ont été admises au moment de leur convulsion. Les principaux facteurs de risque retrouvés étaient la primiparité (70%) et une pré éclampsie modérée à sévère (41%). L'éclampsie avait eu lieu en antepartum pour 10 cas avec une extraction foetale en urgence par césarienne, et en post partum dans les 2 autres cas.

Au moment de la crise d'éclampsie 83.3% des patientes avaient une HTA (>16/10). 91% avaient une protéinurie à deux croix ou plus. 83% des patientes présentaient des prodromes à type de céphalées. Toutes nos patientes ont été mise sous antihypertenseurs et sulfate de magnésium 7 patientes avaient développé des complications, majoritairement un HELLP syndrome (4patientes), deux cas de HRP. Toutes nos patientes ont passé un séjour en réanimation qui a varié de 24 heures à sept jours. Aucun décès maternel n'a été constaté. Le poids de naissance moyen était de 2300g avec 58% de nouveaux nés de poids inférieur au 10ème percentile. 41% de prématurité induite, 66% d'hospitalisations en néonatalogie, Un cas de décès postnatal à J1.

Conclusion : La physiopathologie de l'éclampsie est toujours mal comprise. Elle peut être imprévisible et atypique chez des patientes bien suivies sans facteurs de risques. Une meilleure prise en charge et un meilleur suivi prénatal (dépistage de la preeclampsie, détection précoce des prodromes de l'éclampsie) devraient diminuer l'incidence et les complications de cette pathologie.

P18.

Empyème cérébral et abcès hépatique suite à une morsure humaine : à propos d'un cas.

M. Bel Hadj Ali, Y. Ammar, A. Khelil, C. Ben Salah, A. Selmene, Y. Kalai, K. Mehrez.

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

Introduction : Les morsures animales ou humaines sont fréquentes. Leur apparence, le plus souvent bénigne, ne doit pas sous-estimer leur prise en charge. Le risque majeur est l'infection. En plus d'infections de plaies locales, les complications courantes, telles que la lymphangite, une arthrite septique, ténosynovite et ostéomyélite, et les complications rares, telles que l'endocardite, la méningite, abcès du cerveau, et la septicémie, peuvent survenir. Nous rapportons une observation d'abcès hépatiques et d'empyème cérébral survenus après une morsure humaine

Observation : Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 23 ans, sans antécédents pathologiques notables. Il consulte nos urgences pour fièvre à 39–40°C. Il rapporte la notion d'une morsure humaine au niveau du cuir chevelu survenu 3 semaines auparavant. L'examen clinique n'a trouvé qu'une fièvre. La plaie du cuir chevelu était propre. Sur le plan biologique, il existait un syndrome inflammatoire biologique et une hyperleucocytose à 17400GB/L. L'échographie et le scanner abdominaux ont montré de multiples lésions hépatiques. Le patient a été admis et traité par une triple antibiothérapie. 4 jours après son admission, il a présenté des crises convulsives généralisées associées à une hémiparésie gauche. La tomодensitométrie cérébrale a objectivé un empyème inter hémisphérique. La recherche d'une immunodépression était négative. L'évolution sous antibiothérapie adaptée était bonne avec disparition complète des lésions hépatiques et cérébrale. Le recul actuel est de 5 mois.

Conclusion : Les blessures causées par des morsures humaines présentent un risque particulier pour les autres humains, avec un risque très élevé au septicémie, une infection transmise de par l'hygiène buccale humaine et la possibilité de transmission de certains germes (syphilis, d'hépatite...).

P19.

Les tuberculomes cérébraux : à propos d'une observation.

A. Khelil, Y. Ammar, M. Bel Hadj Ali, C. Ben Salah, Y. Kalai, K. Mehrez, A. Selmane.
S.A.U H.M.T.Maamouri Nabeul

Introduction : Les tuberculomes cérébraux représentent une localisation rare de la tuberculose, même si leur incidence réelle varie en fonction de l'endémie tuberculeuse. Nous en rapportons une nouvelle observation et rappelons les principales difficultés que peut poser cette localisation.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 30 ans, sans antécédents pathologiques notables consultant à nous urgences pour crises convulsives généralisées apparues depuis 24 heures.

L'examen initiale a objectivé une fièvre associée à une altération de l'état de conscience avec un score de Glasgow à 13 /15. Le reste de l'examen clinique (en particulier, l'examen neurologique) était normal.

La tomodensitométrie cérébrale a révélé la présence de multiples formations arrondies disséminées sus et sous tentorielles prenant le contraste en anneau, entourées par de l'œdème et exerçant un discret effet de masse sur le système ventriculaire. Le diagnostic de tuberculomes cérébraux était retenu. La recherche d'une autre localisation tuberculeuse était négative. Le patient était traité par un traitement antituberculeux quadruple associé à un traitement anticonvulsivant, mais il est décédé au deuxième jour du traitement.

Conclusion : Le tuberculome cérébral est une affection grave, de diagnostic difficile, qui mérite d'être évoqué devant une lésion expansive intracrânienne notamment dans les pays d'endémicité tuberculeuse.

P20.

Kyste hydatique du cerveau : à propos d'une nouvelle observation.

Y. Ammar, A. Khelil, I. Skouri, M. Bel Hadj Ali, E. Rbia, K. Bouzaidi, C. Ben Salah, A. Selmene.*
Service des Urgences, * : Service d'Imagerie Médicale, Hôpital Maamouri Nabeul TUNISIE.

L'hydatitose ou kyste hydatique du cerveau est une affection parasitaire provoquée par le développement chez l'homme de la forme larvaire d'un tenia : *Echinococcus granulosus*. La localisation cérébrale du kyste hydatique est rare (0,5 à 4,5%).

Nous rapportons l'observation d'une patiente de 26 ans, ayant accouché par voie basse il y'a 35 jours, notion de traumatisme crânien il y'a 20 jours. Elle nous est adressée pour coma. L'examen à nos urgences trouvait un CGS 7/15, une anisochorie, une paralysie faciale gauche.

La patiente a été sédaturée, intubée, ventilée mécaniquement.

A la tomodynamométrie cérébrale on découvre une formation multiloculaire pariéto-occipitale droite rehaussée par l'injection du produit de contraste avec effet de masse et engagement sous falcoriel évoquant un kyste hydatique du cerveau. La patiente a été adressée en neurochirurgie où elle a été opérée d'urgence, sortie à J 4 post-opératoire avec persistance d'une hémiparésie droite.

Le kyste hydatique du cerveau est une pathologie rare, elle s'observe essentiellement chez l'enfant en zone d'infestation endémique. La tomodynamométrie cérébrale permet de faire le diagnostic, et le traitement est neurochirurgical.

P21.

Apport de l'imagerie dans le diagnostic des infections emphysémateuses abdominales

K Knaissi, K Bouzaïdi, A Khelil, F Snene, I Kechaou, F Jabnoun.*

Service d'Imagerie Médicale - * : S.A.U, Hôpital MT Maâmouri – Nabeul

Objectifs: Les infections emphysémateuses abdominales sont des urgences diagnostiques et thérapeutiques qui mettent souvent en jeu le pronostic vital des patients. Nous rappelons et nous illustrons les principales caractéristiques cliniques, physiopathologiques et radiologiques de ces affections.

Matériels et méthodes: Etude rétrospective portant sur 8 patients, répartis en 5 hommes et 3 femmes dont l'âge moyen était de 68 ans. Les motifs de consultation étaient: douleurs abdominales, lombalgies, hématurie. La biologie a révélé un diabète dans 3 cas, une insuffisance rénale dans 2 cas, une thrombopénie dans 2 cas et une hyperleucocytose chez tous les patients. Tous ont bénéficié d'une échographie et d'une tomodensitométrie abdomino-pelvienne.

Résultats: L'imagerie a permis d'individualiser la présence d'air de topographie variable déterminant: une pyélonéphrite (2 cas), une pancréatite aigue (2 cas), une cystite (2 cas), une cholécystite (1 cas) et une gangrène de Fournier (1 cas).

Conclusion: Les affections emphysémateuses abdominales sont des urgences thérapeutiques. Leurs manifestations cliniques initiales peuvent être insidieuses, trompeuses et leur évolution peut être rapidement progressive et fatale. L'imagerie joue un rôle primordial dans le diagnostic positif précoce, le bilan lésionnel et le suivi évolutif.

P22.

Hépatite aigue sévère avec troubles de l'hémostase sévères secondaires à un syndrome d'activation macrophagique dans le cadre d'une leishmaniose viscérale (à propos d'un cas)

Z. Laatiri, A. Mlika, H. Nasri, S. Attia, N. Khattat, K. Benhelel, O. Kraiem, F. Amri
Service de pédiatrie, Hôpital Ibn Jazzar - Kairouan

Introduction : La leishmaniose est une zoonose qui sévit à l'état endémique en Tunisie, notamment dans le gouvernorat de Kairouan. Elle constitue dans notre pays une cause fréquente du syndrome d'activation macrophagique (SAM) chez l'enfant. Nous rapportons une observation de SAM secondaire à une leishmaniose viscérale compliquée d'hépatite avec troubles de l'hémostase sévères.

Observation : Le nourrisson TM, âgé de 14 mois, sans antécédents pathologiques notables, a été admis dans notre service pour fièvre prolongée évoluant depuis un mois. L'enfant était eutrophique, fébrile. Il avait une hépato-splénomégalie, avec un bon état hémodynamique et neurologique. Le diagnostic de leishmaniose viscérale a été confirmé par une sérologie positive, et le traitement par le Glucantime* a été débuté à J2 d'hospitalisation. L'évolution a été marquée par la persistance de la fièvre, et l'installation à J2 d'hospitalisation, de troubles de l'hémostase à type de gingivorragies, résistantes à des perfusions multiples de plasma frais congelé et de plaquettes. Le bilan d'hémostase a montré un TCK allongé, un TP correct avec une thrombopénie à 32000/mm³. Il y a une pancytopénie à la numération. Le bilan hépatique a révélé une cytolyse (ALAT à 324 U/l et ASAT à 801 U/l). Un syndrome d'activation macrophagique a été suspecté devant les troubles de l'hémostase, la persistance de la fièvre, la cytolyse, l'hypofibrinémie, et l'hypertryglycémie. Le myélogramme a confirmé le SAM. L'enfant est mis sous corticothérapie (soludécadron*) et le glucantime* a été changé par l'ambisome* à J7 d'hospitalisation. L'enfant a continué à s'aggraver avec l'augmentation progressive de la taille du foie, l'apparition d'un ictère, l'altération de l'état général, la persistance des troubles de l'hémostase, l'aggravation de l'hépatite (ASAT 1179 U/l, ALAT 156 U/l, BT 83,6 umol/l, et BD 54,4 umol/l). D'où la décision de débuter un traitement par immunosuppresseur (Etoposide : VP16*) à J8 d'hospitalisation à raison de 3 doses à un rythme de 1j/2. L'enfant est tombé en aplasie sévère résistante malgré sa mise sous perfusion de granulocytes. Il est décédé dans le cadre d'un état de choc septique sévère avec défaillance multiviscérale.

Conclusion : L'hépatite aigue sévère associée à des troubles de l'hémostase peuvent être au devant du tableau d'un SAM. Le recours à un traitement spécifique du SAM est nécessaire et doit être précoce ; ce traitement repose sur la corticothérapie et les immunosuppresseurs. L'utilisation de ces derniers doit être pleinement justifiée devant le risque secondaire d'aplasie médullaire.

P23.

Stéatose hépatique aigue gravidique : à propos de 16 cas et revue de la littérature

R.Belhadj Taher, C.Mrazguia, A.Hammami, I.Gucha, A.Falfoul

Service de gynécologie obstétrique ; hôpital Med Tlatli Nabeul

Introduction : La stéatose hépatique aigue gravidique (SHAG) est une affection hépatique grave de la grossesse. Il s'agit d'une affection rare, d'étiologie inconnue engageant le pronostic maternofoetal. Seule une extraction fœtale urgente permet d'alléger les complications

Objectifs : Evaluer le profil épidémiologique, les caractéristiques cliniques et par accliniques de cette affection. Etudier les modalités thérapeutiques.

Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à la maternité de Nabeul sur une durée de 5 ans : de juillet 2007 à juin 2011 incluant tout les cas de SHAG hospitalisés dans notre service.

Résultats : Durant cette période nous avons colligé 16 cas de stéatose hépatique aigue gravidique.

L'âge moyen de nos patiente était de 31 ans ; la parité moyenne était de 2,2 ; le terme moyen de grossesse était de 33 SA avec des extrêmes allant de 29 à 36 SA.

Le tableau clinique était dominé par des vomissements gravidiques du 3^{ème} 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 cytolyse hépatique dans 16 cas (100%), 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 tous les cas montrant une mort fœtale 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 ponction biopsie du foi n'a été réalisée que dans 2 cas permettant de confirmer le diagnostic.

L'accouchement a été par césarienne dans 12 cas (75%). Nous avons noté 2 cas de mort fœtale in utéro et un cas de décès néonatal dans un contexte de grande prématurité. Dix 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 aigue 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.

P24.

Un syndrome paranéoplasique neurologique simulant une sclérose latérale amyotrophique : Un diagnostic différentiel rare d'une maladie rare. A propos d'un cas.

Hammouda Z. (1), Béji O. (1), Saafi M. A. (2), Dogui M. (2), Ben Salem C. (3) Hmouda H. (1).

- (1) Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse
- (2) Service d'Explorations Neurophysiologiques, CHU Sahloul, Sousse
- (3) Département de Pharmacologie, Faculté de Médecine, Sousse

Introduction : La sclérose latérale amyotrophique (SLA) est une maladie neurodégénérative comportant des symptômes où prédomine l'atteinte soit du motoneurone périphérique, soit du motoneurone central ou les deux à la fois à des degrés variables. Certains syndromes peuvent mimer la SLA. Le but de ce travail est de décrire un syndrome paranéoplasique simulant une forme grave de SLA d'évolution rapidement progressive.

Matériel et méthodes : Nous rapportons un cas clinique de syndrome paranéoplasique neurologique, pris initialement pour SLA. Les explorations ont permis de redresser le diagnostic. Une revue de la littérature vient compléter la description du cas clinique.

Résultats : Mr K J âgé de 58 est suivi en neurologie depuis ne année pour trouble de la marche ayant progressé vers une paralysie des deux membres inférieurs et une faiblesse des deux membres supérieurs. Il a été transféré en réanimation pour insuffisance respiratoire aigue en rapport avec une atélectasie du poumon droit ayant nécessité le recours à l'intubation et à la ventilation mécanique. Le diagnostic de SLA, retenu initialement, a été redressé au profit de syndrome paranéoplasique neurologique simulant une SLA, devant la découverte d'un nodule pulmonaire et d'une tumeur du hile rénal droit. L'échec du sevrage a justifié la trachéotomie et la ventilation à domicile.

Discussion : Le diagnostic de SLA repose sur la coexistence de signes cliniques d'atteinte du motoneurone spinal et/ou bulbaire et du motoneurone cortical, sans signes d'atteinte des autres systèmes (sensitif, cérébelleux, extrapyramidal, intellectuel). Il repose aussi sur l'exclusion des « syndromes pouvant mimer la SLA ». L'étiologie paranéoplasique est un diagnostic différentiel de pronostic réservé, rendant l'usage du riluzole (médicament spécifique de la SLA) inutile.

Conclusion : Les pièges diagnostiques de la SLA sont importants et fréquents et justifient des explorations de qualité. Différencier la SLA des « syndromes qui peuvent la mimer » garantit une prise en charge appropriée.

P25.

Evaluation de la dénutrition chez le cirrhotique

H.Jeddi, M. Salem, Y.Bouteraa, W.Ennaifer, T.Najjar

Service de gastro-entérologie hôpital Charles Nicolle

Introduction : La dénutrition est fréquente en cas de cirrhose ; elle peut atteindre jusqu'à 50% des cas. Il s'agit d'un facteur de mauvais pronostic puisqu'elle diminue la survie et augmente les complications. Le but de notre étude est d'évaluer la prévalence de la dénutrition dans une population de cirrhotiques en se basant sur les paramètres anthropométriques et biologiques et de déterminer les facteurs influençant la dénutrition chez les cirrhotiques.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective des cirrhotiques hospitalisés au service de gastro-entérologie (USI digestive) de l'hôpital Charles Nicolle sur une période d'un an. Pour chaque patient, l'âge, le sexe, l'étiologie de la cirrhose, le stade Child, différents paramètres biologiques (Hb, albuminémie, calcémie, VS, fer sérique, CRP, glycémie, cholestérol, créatinine) et différents paramètres anthropométriques (Indice de masse corporelle IMC, Pli cutané tricipital PCT, Pli cutané bicipital PCB, Périmètre brachial PB, Circonférence musculaire brachiale CMB) ont été recueillis.

Résultats : Il s'agit de 44 patients : 21 hommes et 23 femmes, d'âge moyen 57 ans. La cirrhose était d'étiologie virale dans 66% des cas. Le stade Child était A, B et C dans respectivement 20%, 59% et 20% des cas. La cirrhose était décompensée dans 84% des cas et compliquée (infection, hémorragie, encéphalopathie ou dégénérescence) dans 38% des cas. Le taux moyen d'albuminémie était de 30gr/l (75% avaient en taux inférieur à 35 gr/l) et la moyenne d'IMC était autour de 25 kg/m². La dénutrition est définie par une diminution d'au moins 60 % ou plus du PCT et/ou de la CMB. Le PCT était $\leq 60\%$ chez 72% des patients et la CMB l'était dans 25% des cas ; ainsi la prévalence de la dénutrition dans notre série était de 79%. On n'a pas noté de différence significative entre les patients dénutris et le reste concernant l'âge, le sexe, l'étiologie de la cirrhose, la présence d'ascite ou de complications. Les paramètres anthropométriques sont significativement influencés par le score de Child ($p=0,01$ pour le PCT et $p=0,03$ pour la CMB). Concernant les paramètres biologiques, le taux d'hémoglobine, de fer sérique et de calcémie sont significativement plus bas chez les patients dénutris.

Conclusion : La dénutrition est fréquente chez les cirrhotiques et elle s'aggrave avec l'insuffisance hépatocellulaire. Un dépistage précoce est possible par la mesure du PCT et de la CMB qui sont simples et fiables en pratique courante. Une supplémentation nutritionnelle précoce est indispensable pour tous les cirrhotiques dénutris en particulier en pré-transplantation.

P26.

Encéphalomyélite aiguë disséminée (ADEM)

A.Trifi, S.Abdellatif, N.Mahjoubi, R.Nasri, G.Boulehya, N.Khedher, S.Ben Lakhal
Service de réanimation médicale la Rabta

Introduction : Les encéphalites aiguës sont des affections liées à une atteinte inflammatoire du parenchyme cérébral. Les encéphalites post-infectieuses, regroupées sous le terme encéphalomyélite aiguë disséminée (*acute disseminated encephalomyelitis* [ADEM]), surviennent le plus souvent dans les suites d'une infection banale et caractérisées par des lésions inflammatoires démyélinisantes prédominant dans la substance blanche du SNC. Bien décrite chez l'enfant, l'ADEM a rarement été rapporté chez l'adulte et est probablement sous-diagnostiquée.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 18 ans qui présente 3 semaines avant son admission une asthénie, des vomissements et des épisodes répétés de rétentions aiguës d'urines. Une torsion d'annexe est suspectée, elle est alors opérée. En postopératoire, apparition d'une fièvre associée à une hémiparésie et une cécité bilatérale. La TDM cérébrale montre une prise de contraste nodulaire sous tentorielle capsulaire interne droite, périventriculaire, du nerf optique droit et des centres semi-ovales. La ponction lombaire révèle un liquide d'aspect clair, 58 EB 100% lymphocytes, Glycorrhachie=0.4g/l (glycémie : 0.85g/l), Protéinorrhachie=0.8g/l, Ex. direct négatif. Une tuberculose cérébro-méningée est suspectée, elle est alors mise sous antituberculeux puis transférée en réanimation pour prise en charge. **L'examen trouve :** une patiente consciente, cécité bilatérale, paraplégie flasque, anesthésie des 2 MI et du tronc jusqu'en sous-mammaire, ROT vifs polycinétiques diffusés, Babinski à gauche, paralysie du VI droit, **l'IRM cérébro-médullaire :** Aspect en faveur d'une atteinte inflammatoire du SNC. L'ADEM est à évoquer en 1^{er} lieu devant les signes neurologiques multifocaux, données de l'imagerie et de l'analyse du LCR. La conduite thérapeutique est d'instaurer une corticothérapie à forte dose puis recours à une cure d'Ig associée à une assistance respiratoire. Évolution favorable marquée par l'amélioration de l'acuité visuelle, reprise des fonctions supérieures, récupération progressive de la motricité distale puis proximale, sevrage de la VMC.

Discussion : L'ADEM est définie par une atteinte inflammatoire démyélinisante multifocale intéressant la substance blanche du SNC. Historiquement, les encéphalites post-infectieuses surviennent dans les suites d'éruptions exanthémateuses et représentent un tiers des encéphalites toutes causes confondues. L'IRM est essentielle au diagnostic, montrant des lésions diffuses ou multifocales de la substance blanche du SNC. L'analyse du LCR permet d'exclure une infection du SNC et peut montrer des anomalies aspécifiques.

Conclusion : L'ADEM est une cause rare d'encéphalite de l'adulte, caractérisée par des lésions inflammatoires de la substance blanche du SNC. Le diagnostic doit être systématiquement évoqué devant un tableau d'encéphalite aiguë inexpliquée.

P27.

Mode de découverte rare de la leucémie myéloïde chronique. A propos d'un cas

I Rejeb - Belfekih (1); O Chakroun-Walha (1); H Ksibi (1); Bahloul M. (4), Medhioub F. (4), R Sefi (1); L Kammoun - Chaari (1); T Ghnainia (1); A Chaari (1); C Kallel (2); M Chaari (2); A Ayedi (3); Bouaziz M. (4), N Rekik (1);

(1) Urgence, CHU Habib Bourguiba *

(2) Hematologie Biologique, CHU Habib Bourguiba * Sfax *

(3) Médecine Légale, CHU Habib Bourguiba * Sfax *

(4) Service de réanimation polyvalente, CHU Habib Bourguiba * Sfax *

Introduction : La leucémie myéloïde chronique est un syndrome myéloprolifératif rare qui touche surtout la tranche d'âge des plus de 20 – 50 ans. Elle évolue le plus souvent de façon paucisymptomatique. Cependant, dans de rares cas, elle peut s'accompagner au cours de la phase d'acutisation d'une localisation blastique extra médullaire, notamment au niveau méningé.

Nous décrivons dans ce cas clinique un mode de découverte rare de la leucémie myéloïde chronique.

Cas Clinique : Un monsieur de 26 ans, sans aucun antécédents médical ni chirurgical chirurgical qui s'est présenté aux urgences par ses propres moyens pour une chute de sa hauteur.

Son histoire remonte à la matinée du jour de son hospitalisation, quand il a commencé à se plaindre de céphalées holocrâniennes. Une hémiplégié gauche s'est rapidement installée au bout de quelques heures.

Son examen aux urgences a noté, en plus de l'hémiplégié gauche, une hépato et splénomégalies dépassant l'ombilic. La numération sanguine a objectivé une hyperleucocytose, avec des myélocytes (18%). Le patient a eu par ailleurs un bilan d'hémostase perturbé. Un angio-scanner cérébral réalisé en urgence a montré une masse hyperdense en intraparenchymateux au niveau pariétal droit entouré par une plage hypodense faisant évoquer un syndrome tumoral. L'évolution a été marquée par l'apparition rapide, au bout de quelques heures, d'un tableau d'engagement cérébral, suivi par le décès du patient le même jour de son arrivée aux urgences.

L'examen histologique a été en faveur d'une leucémie myéloïde chronique.

Conclusion : La localisation cérébrale des leucémies myéloïdes chroniques est rare, et reste de pronostic sombre.

P28.

Le syndrome hémolytique et urémique compliquant une pré-éclampsie sévère : à propos d'un cas.

Bouhlef.R1, Derbel.A2, Ayedi.M2, BenSoltana.H2, Karoui A1.

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

Introduction : Le SHU de la grossesse survient habituellement au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse, et en postpartum après un accouchement normal ou par césarienne avec un intervalle libre de quelques semaines ou de quelques mois, il est souvent plus sévère avec évolution fréquente vers l'insuffisance rénale terminale.

Nous rapportons une observation de SHU compliquant une pré éclampsie sévère qui s'est révélée en postpartum au service de gynéco- obstétrique de SFAX.

Observation : Patiente N. H âgée de 40 ans, G6 P6, 5EV AVB à terme, transférée de l'hôpital régional de Gafsa pour pré éclampsie sévère au terme de 31 SA. L'examen à l'admission a montré une patiente consciente coopérante, PA= 190/110, un discret œdème des membres inférieurs, un ictère cutané. L'examen gynécologique a montré : HU = 22 cm, utérus relâché. L'échographie a révélé : RCIU, oligoamnios. Elle a été césarisée en urgence pour SFA. En post opératoire, les examens biologiques ont montrés une hémoglobine à 8.6, une thrombopénie à 71000, une cytolyse hépatique avec cholestase. La patiente a été transfusée par 2 CG et 6 PFC, puis transférée au service de réanimation, où le diagnostic retenu a été le HELLP syndrome compliqué de micro angiopathie thrombotique à type de SHU.

La patiente a effectuée 3 séances de plasmaphérèse et 2 séances d'hémodialyse. L'évolution a été marquée par l'apparition d'une quadri parésie avec confusion. Une IRM a été faite et n'a montré aucune anomalie. Le bilan biologique et le profil tensionnel ont été stabilisés.

Conclusion : Le SHU est une micro angiopathie thrombotique qui complique la grossesse. Il pose souvent des problèmes diagnostiques avec certaines formes de pré éclampsie et HELLP syndrome. En l'absence de diagnostic et de traitement, le pronostic demeure sombre.

P29.

A propos d'un cas d'hémophilie acquise A en post-partum

S. Ajili¹, W. Abdelkafl¹, M. Said.MR¹, Jaoua.H¹, Ben Fadhel.K¹

¹ Service d'anesthésie et de réanimation, CHU Habib THAMER – TUNIS

Introduction : L'hémophilie acquise A (HAA) est une maladie hémorragique rare et sévère, liée au développement d'un auto-anticorps dirigé contre le facteur VIII (FVIII). Dans la moitié des cas, l'HAA est une complication de certaines pathologies auto-immunes ou de la grossesse, typiquement du post-partum. Nous rapportons un cas d'HAA en post-partum avec un auto-anticorps anti-FVIII à titre élevé.

Observation : Il s'agit d'un cas d'HAA diagnostiqué en post-partum chez une femme de 19 ans, sans antécédents hémorragiques personnels. La patiente présentait le lendemain de l'accouchement un hématome de la paroi vaginale. Traité par chirurgie, cet hématome s'est compliqué d'un saignement diffus de la cavité abdominale et génitale, non contrôlé par des transfusions massives de culots de globules rouges (CGR), de PFC (plasma frais congelé) et de concentrés plaquettaires standards (CPS), faisant ainsi suspecter une HAA. L'exploration biologique a confirmé cette hypothèse, montrant un allongement du TCA (malade/ témoin: 83s/30s), non corrigé par un témoin normal après incubation de 2 heures à 37°C, un taux de FVIII à 6%, et un titre d'anti-FVIII à 64 Unités Bethesda (UB). La patiente est traitée par 3 injections de FVII recombinant activé (Novoseven) (2 injections le 3^{ème} jour et une injection le 6^{ème} jour), en plus d'un traitement immunosuppresseur (corticothérapie à forte dose). Les injections de Novoseven montraient un effet hémostatique transitoire, avec une reprise des saignements au bout de 6 heures du début de l'injection. Cependant, le titrage de l'inhibiteur, refait 5^{ème} jour, montrait une élévation du titre (132 UB). Le septième jour, la patiente décédait suite à un état de choc hémorragique, CIVD, SDRA et une défaillance multi- viscérales.

Conclusion : L'HAA du post-partum doit être toujours considérée parmi les diagnostics différentiels de l'hémorragie du post-partum. L'HAA du post-partum est généralement de bon pronostic. Cependant, en cas d'hémorragie sévère et/ou de titre élevé de l'inhibiteur, l'évolution est conditionnée par la répétition rapprochée d'injections d'agents hémostatiques spécifiques (essentiellement le Novoseven), dont le coût élevé serait un obstacle devant son acquisition en quantité suffisante.

P30.

Etat de choc septique et insuffisance rénale aigues secondaires à une varicelle chez un adulte immunocompétent

Ayed ep Dalla S¹ Ben haj khalifa A², Ayed S¹, Bouzgarrou R¹, Gharbi R¹, Kheder M², Fekih hassen M¹, Atrous S¹

1. Service de réanimation médicale, CHU Tahar Sfar, Mahdia, 5100, Tunisie
2. Service de Microbiologie, CHU Tahar Sfar, Mahdia, 5100, Tunisie

Introduction : Dans le cadre d'une infection par le virus de la Varicelle (VZV), la survenue d'une pneumonie constitue une complication grave. Nous décrivons dans ce cadre une pneumopathie grave secondaire à une infection par le virus de la Varicelle chez un jeune adulte immunocompétent.

Cas clinique : Mr K.C âgé de 46 ans sans antécédents pathologiques, était admis en réanimation pour pneumopathie bilatérale hypoxémies survenant trois jours plus tard par l'apparition d'une éruption vésiculeuse généralisée rappelant la varicelle. L'évolution était marquée par la survenue d'un état de choc septique nécessitant la prescription de la Noradrénaline, le développement d'un syndrome de détresse respiratoire aigüe nécessitant une ventilation protectrice et l'installation d'une insuffisance rénale aigüe oligoanurique par nécrose tubulaire aigüe traitée d'abord par hémofiltration continue puis hémodialyse séquentielle conventionnelle. L'infection varicelleuse était confirmée par la présence des IgM. Parallèlement, un traitement antiviral à base d'Acyclovir était prescrit ainsi qu'une antibiothérapie à visée communautaire pour une durée de sept jours.

Discussion et conclusion: La pneumopathie est la principale complication chez l'adulte survenant dans environ 33% des cas. Plusieurs facteurs de risque d'atteinte pulmonaire au cours de la varicelle ont été identifiés : le sexe masculin, l'âge adulte, le tabagisme, la grossesse et toute immunodépression. Chez les sujets prédisposés, la pneumonie varicelleuse prend volontiers l'aspect d'une détresse respiratoire aigüe avec hypoxémie sévère et un aspect radiologique d'infiltrat nodulaire bilatéral ou des épanchements pleuraux modérés réactionnels. La facilité du diagnostic clinique rend le diagnostic biologique rarement utile. En cas de doute, des prélèvements du liquide de vésicules mis en culture peuvent être réalisés pour isolement du VZV. La recherche du virus par immunofluorescence ou immunohistochimie avec des anticorps monoclonaux est aussi effectuée. Quant à la PCR, elle est réservée aux formes compliquées, en particulier chez l'immunodéprimé. Le traitement de la pneumonie à VZV repose sur l'Aciclovir par voie intraveineuse. La mortalité est assez importante allant de 10 à 30% des cas en présence de facteurs de risque ou en cas de retard de prise en charge et pouvant atteindre 50% chez les patients ayant été ventilés mécaniquement.

P31.

Barotraumatisme sous VNI a propos de deux cas

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

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

Introduction : La VNI a permis d'améliorer significativement le pronostic des patients surtout ceux ayant une BPCO et/ou un OAP [Brochard NEJM 1995] et ce grâce à ses effets physiologiques ainsi qu'à la prévention des complications de la ventilation invasive [Girou JAMA 2003]. Les barotraumatismes constituent une de ces complications, toutefois leur survenue sous VNI est exceptionnelle. L'objectif de ce travail est de rapporter la survenue de barotraumatisme chez 2 patients sous VNI.

Observation 1 : Il s'agit d'un patient âgé de 52 ans diabétique type 2, hypertendu, dyslipidémique, admis dans notre service pour insuffisance respiratoire aigüe en rapport avec un OAP cardigénique avec une hypoxie sévère et des signes d'épuisement, la conduite était la mise sous VNI (quasiment en continu les premiers jours ; AI=14 cmH₂O, PEEP=5 cmH₂O ; FiO₂=80%) associée au traitement médical. L'évolution était favorable, 4 jours après l'examen clinique découvre un emphysème sous cutané, à la TDM thoracique un pneumomédiastin (figure 1), devant l'amélioration clinique la VNI a été arrêtée avec résorption spontanée et de façon progressive de l'emphysème sous cutané. Le patient a été mis sortant à domicile une semaine après.

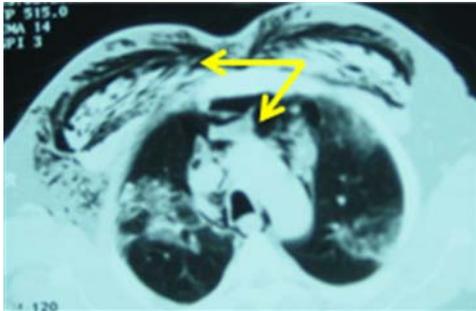


Figure 1

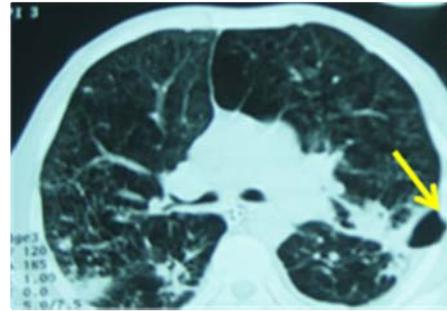


Figure 2

Observation 2 : Un homme âgé de 39 ans connu porteur d'un DDB au stade d'insuffisance respiratoire chronique (IRC) sous O₂ et VNI à domicile a été admis pour décompensation de son IRC par trachéobronchite. Le patient a été intubé initialement pendant 2 jours puis extubé avec relai par VNI (avec 14 à 16 h/jour ; AI=16 cmH₂O, PEEP=2 cmH₂O ; FiO₂=40%), l'évolution a été marquée 3 jours après par l'apparition d'une douleur basithoracique gauche avec aggravation de son état respiratoire, avec à la radiographie de thorax ainsi que la TDM thoracique montrent la présence d'un pneumothorax gauche (figure 2), un drain thoracique a été mis en place permettant le retour du poumon à la paroi avec amélioration clinique initiale, L'évolution ultérieure est défavorable avec nécessité de réintubation et la survenue d'une PAVM compliquée d'EDC septique conduisant au décès.

Conclusion : La survenue de barotraumatisme sous VNI malgré que rare reste possible, une meilleure adaptation des paramètres avec une surveillance de la synchronisation patient ventilateur pourrait éviter ce type de complications.

P32.

L'Anémie est elle un facteur de pronostic dans les états septiques graves

Atig R, Ayed Della S, Ayed S, Bouzgarrou R, Tilouche N, Gharbi R, Fekih hassen M, ELatrous S
Service de Réanimation Médicale EPS Taher Sfar Mahdia

Introduction : Les états septiques graves constituent un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation. Les sociétés savantes recommandent une transfusion sanguine lorsque la saturation veineuse centrale est inférieure à 65% et quand l'hématocrite est inférieure à 30%. L'objectif de notre étude était de déterminer l'Impact d'une anémie définie par un hématocrite inférieur à 30% sur la mortalité et la morbidité des patients en état septique grave.

Matériels et méthodes : C'est une étude prospective observationnelle réalisée au service de réanimation médicale de CHU Taher Sfar de Mahdia entre 1 Janvier 2010 et Décembre 2010. Tous les patients présentant un état septique grave (sepsis sévère ou choc septique) à l'admission ou au cours de leur séjour sont inclus dans cette étude. Deux groupes des patients sont individualisés : Groupe 1 : patients avec $scvo_2 < 70\%$ et hématocrite inférieur à 30%. Groupe 2 : patients avec $scvo_2 < 70\%$ et hématocrite supérieure à 30%. Le critère de jugement principal était la mortalité en réanimation. Les critères de jugement secondaires sont : la durée de séjour et la durée de ventilation mécanique. **Paramètres recueillis :** caractéristiques démographiques, le SAPSII, les antécédents, le type sepsis grave (sepsis sévère ou choc septique), nature de l'état septique grave (communautaire ou nosocomiale), les germes en cause, le nombre de défaillance vitale, le taux de l'hémoglobine, la prise en charge thérapeutique (drogues vasoactives, corticothérapie, ventilation mécanique), la durée de séjour et la durée de la ventilation mécanique et le devenir.

Résultats : Durant la période de l'étude 49 patients (l'âge moyen est 63 ± 16 ans ; prédominance masculine à 63%, SAPSII à 36 ± 17) étaient inclus dans cette étude. Vingt deux patients (45%) étaient en choc septique et le reste en sepsis sévère. La majorité des patients avaient un état septique grave communautaire (67%). Une porte d'entrée pulmonaire était retrouvée chez 33 patients. La mortalité était de 39%. En analyse univariée, les caractéristiques démographiques, les antécédents, le type et la nature de l'état septique, le nombre de défaillance viscérale, le SAPSII et l'administration des corticoïdes étaient comparables entre les deux groupes et il n'existe pas de différence statistiquement significative.

La comparaison des critères de jugement entre les deux groupes est représentée dans le tableau ci-dessous.

| | Ht<30% | Ht>30% | P |
|-----------------------------------|---------|--------|------|
| | N = 21 | N = 28 | |
| Mortalité | 11 (52) | 08(28) | 0.09 |
| Durée de la ventilation mécanique | 16±24 | 17±17 | 0.85 |
| Durée de séjour | 16±21 | 18±22 | 0.65 |

En analyse multivariée le sexe féminin était le seul facteur prédictif de mortalité avec un OR=6.5 ; IC 95% et P=0.018.

Conclusion : Dans notre étude il existe une tendance dans l'augmentation de la mortalité chez les patients en état septique grave et avec une $scvo_2 < 70\%$. La mortalité est identique entre les deux groupes. Le sexe féminin est un facteur prédictif de mortalité.

P33.

Défaillance multiviscérale après infection par le virus de la varicelle-zona

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

Introduction : Le zona est la conséquence de la réactivation du virus varicelle-zona (VZV) lors d'un état d'immunodépression. Des complications graves sont possibles. Nous rapportons le cas d'une infection sévère par le virus (VZV) avec une défaillance multiviscérale.

Présentation de cas : Madame B. H est une patiente âgée de 69 ans, ayant une polyarthrite rhumatoïde traitée par médrol® (2cp/j), est hospitalisée en réanimation médicale pour prise en charge d'un état de choc septique associé avec une pneumopathie bilatérale avec critères de SDRA, une méningo-encéphalite lymphocytaire et une insuffisance rénale aigue anurique. Ce Tableau clinique a été précédé par un syndrome grippal et des lésions érythémateuses – vésiculeuses évoquant un zona. La patiente a été intubée et ventilée avec optimisation hémodynamique et elle a été mise sous antibiotique et zovirax. Une hémofiltration a été pratiquée dès les premières heures de son hospitalisation. L'évolution était défavorable après sept jours de réanimation et la patiente est décédée dans un tableau de choc septique réfractaire avec défaillance multiviscérale. Les prélèvements bactériologiques sont revenus normaux et la sérologie des infections à Virus Varicelle-Zona a montré la présence d'IgM anti-VZV, avec un profil compatible avec une primo-infection ou une réactivation.

Discussion : L'infection VZV entraîne une immunité durable et définitive. Cependant, des cas occasionnels de réinfection clinique peuvent se produire, en particulier chez l'immunodéprimé et même chez l'immunocompétent. Plusieurs organes peuvent être la cible de ce virus : Au niveau respiratoire l'atteinte est responsable d'une *pneumopathie bilatérale et extensive*. *L'atteinte cérébrale se traduit par une ataxie cérébelleuse* ou une méningoencéphalite, plus rarement une méningite aseptique ou une polyradiculomyélite ou un syndrome de Reye. Dans la plupart des cas, un traitement symptomatique est efficace. Les antibiotiques seront prescrits en cas de surinfection bactérienne. L'indication de l'aciclovir se pose dans les formes atteignant les patients à risque et dans les formes compliquées (atteinte oculaire, pneumopathie, encéphalite). La mortalité est de l'ordre de 70% en France.

Conclusion : L'atteinte zostérienne est un motif d'hospitalisation peu fréquent mais grave. La présence d'immunosuppression constitue un facteur de risque pour les infections sévères. Un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée peuvent modifier le pronostic.

P34.

Embolie gazeuse iatrogène suite à l'utilisation de peroxyde d'hydrogène dans le traitement d'un kyste hydatique du poumon

*s.ajili**,*w.abdelkefi**,*m.ben ali**, *a.majdoub**,*k. bouzeidi****, *s.baccari***, *m. belhaj*****, *m.elfehem**,
*h.twinsi***,*s.sassi***

*service d'anesthésie réanimation hopital mohamed taher maamouri nabeul

**service chirurgie générale hopital mohamed taher maamouri nabeul

*** service radiologie hopital mohamed taher maamouri nabeul

**** centre d'oxygénothérapie hyperbare hopital militaire de tunis

Pré requis : Le peroxyde d'hydrogène communément appelé eau oxygénée est un composé chimique de formule H₂O₂ ayant de puissantes propriétés oxydantes et utilisé comme désinfectant, antiseptique et scolicide. au contact du sang contenant des catalases le peroxyde d'hydrogène libère des radicaux libres d'oxygène qui peuvent diffuser dans la circulation sanguine occasionnant une embolie gazeuse.

But : Nous rapportons un nouveau cas d'embolie gazeuse survenue lors d'utilisation d'eau oxygénée pour la stérilisation d'un kyste hydatique du poumon chez une patiente ayant un foramen ovale perméable.

Observation : Suite à la stérilisation de la cavité kystique par l'eau oxygénée survenaient brutalement une baisse de la pet CO₂ une chute de la tension artérielle et une tachycardie. la stabilisation hémodynamique est obtenue en quelques minutes après réanimation. L'évaluation neurologique en post opératoire a révélé un état d'agitation avec monoparésie du membre supérieur gauche et des réflexes ostéotendineux vifs nécessitant sa réintubation. La patiente a bénéficié d'un traitement par oxygénothérapie hyperbare.

Conclusion : Il est impératif de diagnostiquer précocement l'embolie gazeuse devant tout signe hémodynamique, neurologique ou cardiorespiratoire en présence de circonstances particulières tel que l'utilisation d'eau oxygénée afin d'instaurer à temps le traitement adéquat.

P35.

Facteurs de risque d'infection à entérobactéries BLSE en réanimation

Allala R, Brahmi N, Kouraichi N, Bellili S, Sedghiani I, Snouda S, Mrad A, Elghord H, Thabet H, Amamou M.
Service de Réanimation Médicale Polyvalente et de Toxicologie- CAMU-Tunis

Introduction : Les infections à entérobactéries BLSE sont très peu étudiées dans les services de réanimations par rapport aux infections à *Acinetobacter* ou à *Pyocyanique* ; de ce fait peu de résultats comparatifs concernant leurs survenue et leur devenir. Nous nous proposons d'étudier les facteurs de risque d'acquisition des entérobactéries à BLSE et leur impact sur le pronostic.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de Réanimation Médicale Polyvalente et de Toxicologie de Tunis et étalée sur une période de 15 mois à partir du mois de Aout 2010 jusqu'au mois d'Octobre 2011.

Résultats : Durant cette période 70 épisodes d'infection à entérobactérie ont été colligés ; seuls 37 épisodes ont été étudiés dont 13 à entérobactérie BLSE. L'étude des facteurs de risque liés à l'acquisition des BLSE a montré les résultats suivants :

| | BLSE (-) | BLSE(+) | P |
|-----------------------------|---------------|---------------|-------|
| FREQUENCE | 24(65%) | 13 (35%) | NS |
| AGE | 41± 15,5 | 40±18 | NS |
| Sex-Ratio | 2 | 0,85 | NS |
| Recours à la V M | 18 (75 %) | 13 (100%) | 0,049 |
| Durée de VM | 25,78± 31,22 | 43,07± 31,38 | NS |
| Délai d'apparition | 5,37± 9,59 | 21,69± 19,18 | 0.001 |
| TAS durant l'épisode | 115,25± 15,28 | 103,07 ± 9,47 | 0.013 |
| Etat de choc septique | 1 | 2 | NS |
| GB | 14874 ± 6780 | 12714±4867 | NS |
| PNN | 11034± 4150 | 10684± 5166 | NS |
| CRP | 190 ± 112 | 117 ± 72 | NS |
| ATB préalable | 20 (83%) | 9 (69%) | NS |
| Décès | 8 (34%) | 4 (31%) | NS |
| Durée d'hospitalisation (j) | 24,2 ± 28 | 47,5 ± 31 | 0.03 |
| coïnfection (%) | 33 | 69 | 0.047 |

Conclusion : L'acquisition des entérobactéries BLSE serait certainement liée à l'augmentation de la durée de séjour en réanimation comme en témoigne le délai d'apparition tardif; cette acquisition est elle-même source de prolongation de la durée d'hospitalisation sans pour autant influencer la mortalité.

P36.

Envenimation vipérine compliquée d'un accident vasculaire cérébral.

Allala R., Bellili S., Sedghiani I., Snouda S, Elghord H., KORAICHIN, BRAHMI N, AMAMOU M.
Service de Réanimation Médicale Polyvalente et de Toxicologie- CAMU- Tunis

Introduction : L'envenimation vipérine est une urgence médico-chirurgicale. Le tableau clinique est dominé par les signes locaux régionaux en rapport avec l'œdème et le risque compressif. Un syndrome hémorragique dans le cadre d'une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) est rarement noté, et peut être à l'origine d'une lourde morbi-mortalité. Nous discutons à travers cette observation clinique, l'atteinte neuro-vasculaire au cours de l'envenimation vipérine.

Observation : Patient de 26 ans sans antécédents pathologiques notables, admis en réanimation à H6 d'une envenimation vipérine. Le patient était conscient sans déficit neurologique, présentant des signes locaux à type d'œdème du membre inférieur droit jusqu'à la moitié de la cuisse sans retentissement sur les constantes hémodynamiques, ni des troubles de la coagulation initialement. Le traitement non spécifique consistait en un repos strict, un traitement antalgique, une anti coagulation préventive et une administration d'un sérum et du vaccin anti tétanique ; pas de sérum antivipérin. L'évolution a été marquée à J2 d'hospitalisation par l'extension de l'œdème jusqu'à la racine du membre et l'installation d'une CIVD (TP=45%, PLQ=27000 el/mm³, Fg=5g/L) nécessitant l'arrêt de l'anti coagulation préventive. A J5 d'hospitalisation, installation brutale d'une hémiplegie droite associée à une paralysie faciale et une aphasie. La tomodensitométrie cérébrale a objectivé une hypodensité au niveau du territoire de l'artère sylvienne gauche en rapport avec un AVC ischémique. L'évolution à 03 mois note la persistance du déficit moteur en dépit de la kinésithérapie motrice.

Conclusion : Dans le cadre d'une envenimation vipérine, une CIVD biologique avec un taux de plaquette inférieur à 50000 el/mm³ peut se compliquer d'un AVC ischémique. L'arrêt de l'anti coagulation dans ce contexte peut-il favoriser la survenue d'un AVC ?

P37.

Epidémiologie des infections à entérobactéries

Allala R, Bellili S, Sedghiani I, Snouda S, Mrad A, El Ghord H, Koraichi N, Thabet H, Brahmi N, Amamou M.

Service de Réanimation Médicale Polyvalente et de Toxicologie- CAMU-Tunis

Introduction

Les infections acquises en réanimations sont le plus souvent dues aux bactéries à Gram négatif à métabolisme oxydatif (*Pseudomonas*, *Acinetobacter*, *Stenotrophomonas*). D'autres bactéries peuvent être sélectionnées au sein de la flore du patient et acquièrent des résistances ; c'est le cas des entérobactéries porteuses d'une céphalosporinase induite ou dérégulée ; une fois sélectionnées chez un malade, ces souches pourront là aussi se transmettre de patient à patient par transmission manuportée (*Enterobacter*, *Serratia*, *Citrobacter*). Nous étudions à travers cette série, les infections à entérobactéries en réanimation.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective, menée dans le service de Réanimation Médicale polyvalente et de Toxicologie de Tunis, incluant les épisodes d'infection à entérobactéries à fin de préciser les caractéristiques démographiques, cliniques et évolutives de cette infection. La période d'étude supposée est de 15 mois (du 29/08/2010 au 19/10/2011).

Résultats : 70 épisodes d'infection à entérobactéries ont été colligés avec une fréquence de 11 %. Seuls 37 épisodes ont été étudiés dans cette série 13 à entérobactéries BLSE (35%). L'âge moyen des patients est de $40,89 \pm 16,19$ ans avec une prédominance masculine (sex-ratio de 1,47). L'infection était plus fréquente chez les patients intubés et ventilés mécaniquement (84%) et ayant reçu une antibiothérapie préalable dans la majorité des cas (78,4%) à base d'amoxicilline-Ac clavulanique dans 48% des cas. Le délai séparant l'apparition de l'infection et l'admission en réanimation a été de $11,08 \pm 15,64$ jours. La valeur moyenne de la température au moment de l'épisode a été de $38,46 \pm 0,67^\circ\text{C}$. Trois patients (8%) ont présenté un état de choc septique. La *K.pneumoniae* était responsable d'environ 38% des infections à entérobactérie, suivie de l'*E. Coli* (16 %) ; dans le reste des cas l'épidémiologie est très variée. Ces entérobactéries ont été isolées principalement dans les poumons dans 59% des cas et moins fréquemment dans les urines et le sang avec successivement 19% et 8% du total des prélèvements. Les poumons étaient le siège de la coinfection dans 59% avec prédominance du *pyocyane* dans 47%.

Conclusion : Les infections à entérobactéries sont fréquentes en réanimation, avec un pourcentage élevé de BLSE. Certains facteurs de risque seraient liés à ces infections comme la ventilation mécanique et la prescription d'antibiothérapie préalable.

P38.

Evaluation de prise en charge de la douleur post-opératoire ainsi que la satisfaction des patients

Bouhlef R.¹, Smaoui L.¹, Kallel S.¹, Derbel A.1, Karoui A.¹

1 : Service anesthésie réanimation CHU HABIB BOURGUIBA

Introduction : L'intérêt de ce travail est d'évaluer et de monitorer de façon périodique la qualité de la prise en charge anesthésique dans le service d'anesthésie réanimation du CHU HABIB BOURGUIBA.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive, qui s'est déroulée durant le mois de MAI 2010. Ont été inclus dans cette étude tous les patients qui ont bénéficié d'une anesthésie quelque soit sa nature et quelque soit le type d'anesthésie effectuée. Nous avons évalué notre prise en charge de la douleur post opératoire et la satisfaction des patients.

Résultats : 951 patients ont été inclus. Les patients qui ont bénéficié d'une analgésie post opératoire représentaient 47,74% de l'ensemble des opérés. Dans 31,28% des cas, il s'agit d'une association. 87,66% de nos patients interrogés ont été satisfaits de leur prise en charge. La douleur post opératoire était la principale cause d'insatisfaction (98% des malades insatisfait).Le reste est du à un réveil désagréable

Tableau II : Taux d'analgésie post opératoire dans différentes études

| | Ben Ayed. S 2004 | Essafi A. 2006 | Notre étude 2010 |
|---------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Analgésie post opératoire | 6,6% | 36% | 47,7% |

On a noté dans notre étude une amélioration de l'analgésie post opératoire par rapport aux études précédentes mais cette prise en charge de la DPO reste insuffisante. On note une amélioration du taux de satisfaction par rapport aux études précédentes. L'étude Ben Ayed 76% des patients a été satisfaite et pour l'étude Essefi.A 81,4%. Les principales causes d'insatisfaction était respectivement la DPO 45,8% vs 28,1% et l'attente préopératoire 20,8% vs 34,6%.

Conclusion : On a noté dans notre étude une amélioration de l'analgésie post opératoire par rapport aux études précédentes mais cette prise en charge de la DPO reste insuffisante. Ainsi qu'une amélioration du taux de satisfaction par rapport aux études précédentes. Pour un meilleur résultat nous recommandant :

Etablir un protocole d'analgésie pour réduire la douleur postopératoire et ceci en collaboration avec les services d'hospitalisation, Fournir les antalgiques de pallier I et II au bloc et dans les étages, Élargir la pratique d'analgésie loco régionales.

P39.

Intoxication au méthanol. A propos de quatre cas

O Chakroun-Walha (1); I Rejeb-Belfekih (1); H Ksibi (1); Chaari An. (4), Ben Aljia N. (4), N Salhi (1); L Kammoun - Chaari (1); A Chaari (1); N Dhieb (1); Y Ben Salah (2); K Zghal (3); Bouaziz M. (4), N Rekik (1);

(1) Urgence, CHU Habib Bourguiba * Sfax

(2) Ophtalmologie, CHU Habib Bourguiba * Sfax

(3) Pharmacologie, CHU Habib Bourguiba * Sfax

(4) Service de réanimation polyvalente de sfax * CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : Le méthanol peut être responsable d'intoxications rares, mais toujours potentiellement graves.

Nous rapportons quatre cas d'intoxication volontaire au méthanol et compliquées de troubles neurologiques irréversibles.

Cas Clinique : Les deux premiers cas sont ceux de deux jeunes de 19 et de 24 ans, consultant aux urgences le même jour de l'ingestion d'une quantité non précisée d'eau de Cologne (dont parmi les composants est le méthanol). Leur examen clinique n'a pas objectivé d'anomalies, hormis une somnolence. Le bilan biologique a objectivé une acidose métabolique dans les deux cas. Leur évolution a été sans séquelles.

Les deux derniers patients, âgés de 17 et 20 ans, se sont présentés aux urgences le même jour. Ils ont en fait ingéré ensemble, 48 heures auparavant un litre d'eau de Cologne, 500 cc chacun. Le premier s'est plaint 18 heures après l'ingestion de vomissements abondant et d'une polypnée, et consulte après deux jours à cause d'une baisse progressive de son acuité visuelle. Son examen clinique, hormis une nette baisse de son acuité visuelle, n'a pas objectivé d'anomalies. Son ami n'a eu aucune anomalie à son examen clinique ni biologique.

Le bilan toxicologique a montré un dosage de méthanol positif pour ces deux derniers patients. Il n'a pas pu être réalisé pour les deux premiers. L'évolution de ces deux derniers cas a été marquée par l'installation d'une cécité irréversible pour le plus jeune, avec une atrophie papillaire bilatérale au fond d'oeil. Pour le plus âgé, il a présenté une surdité définitive, pour laquelle il n'a pas consulté par la suite.

Conclusion : L'intoxication au méthanol peut être grave par la mise en jeu du pronostic vital (les troubles acido-basiques), et une atteinte du pronostic fonctionnel via les complications neurologiques irréversibles, dont la plus redoutable reste la cécité bilatérale.

P40.

Intoxication mortelle à la metformine : à propos d'un cas

Atig R, Ayed Della S, Bouzgarrou R, Tilouche N, Ayed S, Gharbi R, Fekih hassen M, ELatrous S
Service de Réanimation Médicale EPS Taher Sfar Mahdia

Introduction : L'acidose lactique est la principale complication d'une intoxication à la metformine . C'est une complication rare mais grave. Nous rapportons le cas d'une intoxication mortelle à la metformine

Présentation de cas : Patiente âgée de 17 ans sans antécédents pathologiques, consulte les urgences pour des vomissements incoercibles et diarrhées évoluant depuis trois jours profuses. La patiente a été traitée pour une gastroentérite. Devant la persistance de la même symptomatologie et la survenue des crises convulsives la patiente a reconsulté les urgences dans un tableau de coma avec une insuffisance respiratoire aiguë en rapport avec un œdème aigu du poumon , une insuffisance rénale aiguë ,une acidose lactique(8.5 mmol/l) , une hyperkaliémie(7.4 mmol/l) et une hypoglycémie. Une séance d'hémodialyse était indiquée en urgence au cours de laquelle la patiente a présenté un état de choc nécessitant le recours à la ventilation mécanique et aux drogues vasoactives. Rapidement la patiente a présenté une anisocorie puis une mydriase bilatérale aréflexique. Le scanner cérébrale montrait un œdème cérébral diffus sans effet de masse. L'évolution ultérieure, est marquée par la survenue d'une mort encéphalique. La reprise de l'interrogatoire avec la famille a révélé l'ingestion volontaire d'une quantité importante de comprimés de metformine.

Discussion : Peu de cas d'acidose lactique survenant dans le cadre d'une intoxication volontaire à la metformine sont décrits dans la littérature. La sévérité de la symptomatologie notamment hémodynamique paraît directement liée à l'intensité de l'acidose. L'hypoglycémie sévère compliquée d'un état de mal convulsif et d'un œdème cérébrale, présentée par notre patiente, laisse penser à une intoxication associée au sulfamide. En l'absence, d'une histoire d'intoxication, le diagnostic doit être évoqué devant la présence d'une acidose lactique inexpliquée. Dans notre observation le jeune âge, l'absence de pathologie chronique et la présence d'une acidose lactique nous a poussé de reprendre l'interrogatoire. Le surdosage plasmatique en metformine, bien que très rarement recherché, serait une preuve tangible de l'implication de cette molécule dans l'apparition d'une acidose lactique. La prise en charge repose sur l'épuration extrarénale que doit être précoce et qu'on doit continuer même s'il n'y a pas une amélioration immédiate car la production de lactate peut être plus importante que l'élimination et c'est pour cette raison les données pharmacocinétiques justifient une durée d'épuration prolongée.

Conclusion : La survenue d'une acidose lactique est la complication principale des intoxications à la metformine. Même en l'absence des comorbidités l'intoxication à la metformine peut être grave surtout si la prise en charge est retardée.

P41.

Intoxication au Chloralose compliquée d'infarctus du myocarde

Bellili S, Allala R., Snouda S., Sedghiani I, El Ghord H, Koraiichi N, Brahmi N, Amammou M
Service de Réanimation Médicale Polyvalente et de Toxicologie- CAMU- Tunis

Introduction : L'intoxication aiguë par le Chloralose est fréquente en Tunisie. Les signes neurologiques dominent le tableau clinique. Le traitement est essentiellement symptomatique. Les complications sont généralement rares, et d'ordre infectieuses. Nous rapportons dans cette observation un cas d'intoxication au chloralose compliqué d'un infarctus du myocarde (IDM).

Observation : Il s'agit d'une femme de 33 ans, sans antécédents pathologiques notables, admise en réanimation pour coma toxique nécessitant le recours à la ventilation mécanique suite à l'ingestion de 4g de chloralose. L'évolution a été marquée par la survenue à H4 de son hospitalisation d'un état de choc cardiogénique en rapport avec un IDM (onde de Q étendue en antéro-apical, troponine=277 ng/ml). La coronarographie a confirmé l'occlusion thrombotique de l'IVA distale avec une fraction d'éjection à 45% au niveau de l'échographie cardiaque et des troubles de la cinétique segmentaire en antéro-apical. La patiente a bénéficié d'une thrombo-aspiration avec dilatation au ballonnet. L'évolution étant favorable avec sevrage de la ventilation et de la DOBUTAMINE à j4, avec transfert au service de cardiologie.

Conclusion : Mis à part les complications neurologiques et infectieuses de l'intoxication au chloralose, d'autres complications peuvent survenir à savoir l'IDM qui peut être attribué à cette situation de stress et l'hypoxémie en présence de facteurs de risques cardiovasculaires.

P42.

Valeur pronostique du pH dans l'œdème aigu du poumon (OAP).

K. Majed, H. Hemissi, Y. Yahya, W. Kamkoum, L. Ben Ammar, Ch. Bouali, N. Borsali-Falfoul.
Service des Urgences, hôpital la Rabta, Tunis.

Introduction : L'analyse de la gazométrie artérielle constitue une étape fondamentale dans la prise en charge des insuffisances respiratoires aiguës quelque soit l'étiologie. Les malades admis pour OAP posent aux urgences le problème de l'orientation vu les difficultés de les admettre en cardiologie. L'analyse des gaz du sang permet de rechercher des signes de gravité afin d'optimiser leur prise en charge et leur orientation. L'objectif de ce travail était d'étudier la valeur pronostique du pH initial dans l'OAP aux urgences.

Méthodologie : nous avons procédé par une étude prospective incluant les patients admis aux urgences pour OAP. Chaque patient a eu un examen clinique, une évaluation par la classification NYHA, un bilan biologique dont une gazométrie artérielle, un ECG et une radiographie du thorax avec estimation du score radiologique.

Résultats : 220 malades admis pour OAP ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de $67 \pm 11,7$ ans. Le sex-ratio H/F était de 0.94. L'hypertension artérielle et le diabète étaient les ATCD les plus fréquents. La majorité des patients ont été classés stade III ou IV de la classification NYHA (45.5% stade III et 39.5% stade IV). La valeur moyenne du score radiologique de Murray était de 9.6 avec des extrêmes allant de 0 à 24. 92.7% des patients n'avaient pas de retentissement respiratoire encéphalique au moment de l'admission. Sur le plan thérapeutique, le traitement médical a été instauré chez 100% des cas, 10% ont eu une ventilation non invasive et 8,6% ont eu une ventilation mécanique. L'étude du pH n'a trouvé aucune corrélation avec le score radiologique ni avec le score d'encéphalopathie respiratoire ou avec la durée d'hospitalisation. Ceci pourrait être expliqué par la réversibilité rapide des troubles dans cette pathologie lorsque les moyens thérapeutiques sont rapidement instaurés. Le pH a par contre une corrélation positive avec la mortalité, un $\text{pH} <$ à la valeur seuil de 7.38 multiplie le risque de décès par 6. Cette discordance peut être expliquée par le faible pourcentage de malades ayant bénéficié de la VNI qui constitue un pilier incontournable dans la prise en charge de ces patients.

Conclusion : l'étude du pH dans l'OAP constitue une étape importante de la prise en charge. Même en l'absence de corrélation avec la gravité clinique et radiologique, la valeur du pH conditionne le traitement et donc le pronostic vu la corrélation avec la mortalité.

P43.

Pertinence des scores de gravité dans les pneumonies aiguës communautaires du sujet âgé aux urgences.

S. Bedhief, I. Mechergui I, Ch. Bouali, A. Belhouane, K. Majed, A. Meganem, Ch. Hamouda, N. Borsali-Falfoul.
Service des Urgences, hôpital la Rabta, Tunis.

Introduction : La pneumonie aiguë communautaire (PAC) est à l'origine d'une morbi-mortalité majeure particulièrement chez le patient âgé souvent polytaré. La décision de traitement ambulatoire ou d'hospitalisation des PAC chez l'adulte se base sur des scores d'évaluation dont les scores de Fine et CURB-65 sont proposés aux urgences pour aider le médecin dans sa décision. Le but de ce travail est d'évaluer l'apport de ces scores dans la décision d'hospitalisation des sujets âgés ayant une PAC aux urgences.

Méthode : étude rétrospective colligeant 90 patients âgés de 65 ans et plus hospitalisés pour PAC aux Urgences de La Rabta entre septembre 2009 et décembre 2010. Les malades étaient évalués par le score de Fine et CURB-65.

Résultats : 90 patients âgés ont été colligés, d'âge moyen = 75,3 ans et un sex-ratio = 2,2. 87,5% des patients avaient des ATCD pathologiques. Dyspnée, fièvre, toux et expectorations étaient les principaux symptômes (59%, 66%, 63% et 25%). Les signes de gravité les plus fréquents étaient la polypnée, l'hypotension artérielle et la confusion. La radiographie thoracique a montré une image évocatrice de pneumopathie dans 100% des cas dont 67,7%, de type alvéolaire. 26% avaient une hypoxie et 13% une acidose. Selon le score de Fine, 6,6% des patients étaient à faible risque (classes I et II), 26,6% étaient à risque intermédiaire (classe III) et 65,5% à haut risque (classes IV et V). Selon le CURB-65, 59,9% des patients étaient à faible risque et judiciables d'un traitement en ambulatoire. La mortalité était de 16,7% corrélée aux valeurs élevées des scores pronostiques (Fine>III et CURB-65>3). L'utilisation des deux scores Fine et CURB-65 semble fiable dans les classes de gravité élevée mais une vigilance est nécessaire pour les classes à faible risque et intermédiaire. Les patients en situation intermédiaire (CURB-65=3 ou Fine III) seront admis à l'UHCD.

Conclusion : La comparaison de la pertinence de ces scores dans l'évaluation de la gravité et la prédiction de la mortalité a montré des performances similaires avec de meilleures sensibilité et VPN pour le score de Fine mais aucun de ces scores pronostiques ne peut dépasser le bon sens clinique et l'expérience de l'urgentiste. Nous proposons une grande vigilance dans l'utilisation de ces scores dans l'évaluation des PAC du sujet âgé aux urgences en attendant des scores plus fiables.

P44.

Syndrome de sevrage nicotinique en réanimation

Bouhleb R¹, Smaoui LI, Gueryeni SI, Abid MI, Karoui .AI

1 : Service d'anesthésie réanimation, CHU Habib Bourguiba, Sfax

Introduction : L'agitation, la sédation difficile ou l'échec de sevrage de la ventilation mécanique sont des situations fréquentes en réanimation. Les causes ne sont pas toujours faciles à identifier. Le syndrome de sevrage à la nicotine est une cause possible rarement évoquée.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 45 ans sans antécédents pathologiques particuliers, admis en unité de soins intensifs pour réanimation postopératoire d'un triple pontage aortocoronaire. Dans ces habitudes de vie, on relevait la consommation de 40 cigarettes par jour avec intoxication tabagique évaluée à 50 paquets/année. L'absence stricte de consommation d'alcool a été confirmée par son entourage familial proche.

Le patient a été extubé à H2 postopératoire, sevré des catécholamines à j1. L'évolution a été marquée à j2 par l'installation d'un état de choc septique à point de départ pulmonaire nécessitant son intubation, la sédation et la ventilation mécanique. Les explorations ont conclu à une pneumopathie et un emphysème pan-lobulaire diffus aux 2 poumons plus marqué à droite.

La perspective d'une ventilation prolongée, d'un sevrage ventilatoire difficile nous ont conduit à réaliser une trachéotomie à j 10 postopératoire.

À j 15, l'amélioration du niveau de conscience s'était accompagnée de l'apparition d'hallucinations visuelles et d'une agitation importante responsable de l'échec du sevrage ventilatoire.

D'abord, nous avons éliminé un déficit moteur systématisé témoignant d'une atteinte neurologique centrale, une hypoxie, un désordre métabolique ou hydro-électrolytique et un globe vésical. Un delirium tremens a été écarté d'emblée chez ce patient qui ne consommait jamais d'alcool, un syndrome de sevrage aux benzodiazépines, un syndrome de sevrage aux morphiniques sont évoqués aussi et le patient est mis sous traitement mais sans repense (j16-j19).

Après 48 heures sans amélioration, à j + 20, un syndrome de sevrage à la nicotine a été évoqué et un timbre transdermique délivrant 20 mg de nicotine par 24 heures a été mis en place.

En quelques heures, nous avons observé un arrêt de l'agitation et des hallucinations ainsi que la reprise d'une ventilation calme et adaptée au ventilateur. Patient sevré et la canule de trachéotomie est enlevée.

À J+ 27 le patient a été transféré au service d'hospitalisation.

Discussion : La consommation régulière de tabac s'accompagne d'une dépendance psychique et surtout physique, qui est responsable d'un syndrome de sevrage à l'arrêt de l'exposition à la nicotine

L'observation que nous rapportons illustre les problèmes spécifiques posés par le sevrage nicotinique en réanimation. Le sevrage ventilatoire en mode VS/AI-PEP se déroulait conformément à nos attentes jusqu'à l'apparition d'une agitation au réveil, responsable de l'augmentation de la ventilation minute et du travail ventilatoire. Pour les patients fumeurs admis en réanimation, le syndrome de sevrage à la nicotine existe vraisemblablement car l'arrêt du tabac est complet et brutal

Pour expliquer cet état d'agitation, des causes simples et immédiatement curables ont été éliminées.

Conclusion : L'hypothèse d'un syndrome de sevrage à la nicotine peut être envisagée devant l'apparition d'une agitation inexplicée chez un patient tabagique sevré brutalement, même plusieurs jours auparavant. La mise en place d'un timbre transdermique à la nicotine pourrait constituer un moyen diagnostique et thérapeutique simple.

P45.

Pancytopénie médicamenteuse

N. Noura, M. Bramli, K. Majed, H. Maghraoui, F. Doghri, A. Ben Hamida, Ch. Hamouda, N. Borsali-Falfoul.

Service des Urgences, hôpital la Rabta, Tunis.

Les anticonvulsivants, largement prescrits, sont connus par leurs effets secondaires. La phénytoïne ; Anticonvulsivant non barbiturique ayant un métabolisme hépatique saturable et une élimination rénale, à effets anticonvulsivant, antiarythmique et inducteur des enzymes hépatiques, sa toxicité hématologique est rarement observée mais parfois fatale.

Observation clinique : Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 24 ans, aux antécédents de thrombophlébite cérébrale compliquée de crises comitiales, elle était traitée par Dihydan® (phénytoïne) depuis 6 mois. Elle s'est présentée aux urgences pour un syndrome hémorragique récidivant (gingivorragies et hématurie), une dyspnée et un syndrome infectieux. Le bilan biologique a montré une pancytopénie avec à la biopsie ostéo-médullaire une moelle hypoplasique sans infiltration tumorale. Le traitement a associé des transfusions répétées de produits sanguins, une antibiothérapie à large spectre mais l'évolution était défavorable et elle était décédée dans un tableau de choc septique. L'origine médicamenteuse de cette pancytopénie a été retenue après un bilan étiologique négatif.

Conclusion : Nous profitons de cette observation pour rappeler les complications hématologiques des anti-comitiaux, la gravité de cette entité pathologique qui doit être connue par tous les médecins et la grande importance du suivi clinique et biologique des patients mis sous phénytoïne afin de détecter précocement cette pancytopénie.

P46.

Comparaison de la mesure des lactates par bandelettes (Point of Care) avec la mesure standard au laboratoire.

Selmi W, Dachraoui F, Ouanes I, Jalloul, F, Dlala M, ElMay F, BenAbdallah S, Ben Amor F, Neffati F², Hellata F², Najjar M²F, Ouanes-Besbes L, Abroug F.

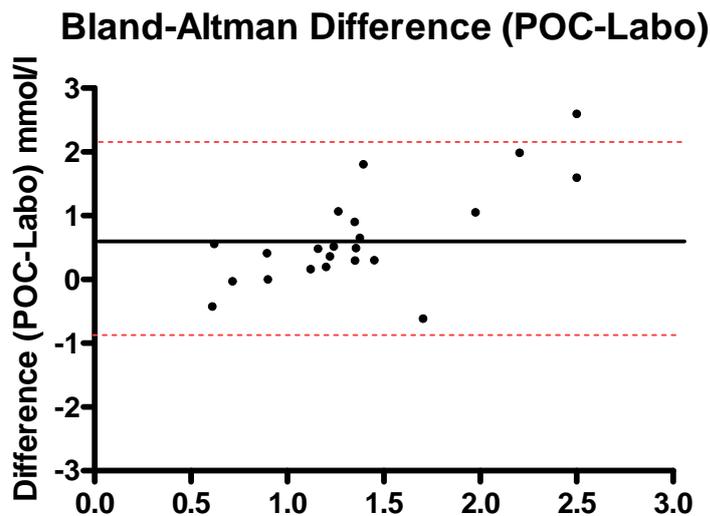
Service de Réanimation Polyvalente, Service de Biochimie². CHU F.Bourguiba Monastir.

Introduction : Le dosage ponctuel et le suivi de la cinétique des taux sériques de lactates chez les patients de réanimation est un marqueur pronostic validé. La clearance des lactates a même été validée comme critère de monitoring comparable à la ScvO₂. La mise au point de mesures instantanées des lactates à partir du sang capillaire (Point of care, similaire à celui de la glycémie) pourrait faciliter l'intégration de ce paramètre dans les prises de décision en réanimation.

But : comparer la concordance des mesures des lactates par bandelettes (Lactate Plus, Nova Biomedical) avec la mesure standard faite au laboratoire.

Matériel et Méthodes : Vingt trois paires de mesures ont été réalisées chez 18 patients admis principalement pour : état de choc ou sepsis sévère, insuffisance respiratoire aiguë nécessitant la ventilation mécanique, ou pour insuffisance rénale nécessitant la dialyse. Les prélèvements sont effectués quasi simultanément par ponction capillaire (POC) et par prélèvement sanguin veineux sur tube hépariné. Le prélèvement analysé au laboratoire l'a été par la technique enzymatique (technique officielle de référence de la Fédération Internationale de Chimie La mesure de la concordance entre les deux dosages a été effectuée par méthode de Bland et Altman qui exprime la différence entre les deux techniques de mesure en fonction de la moyenne des mesures .

Résultats : Il existe une concordance acceptable entre les deux techniques de dosage avec un biais moyen de 0.654 mmol/l. Les limites de l'accord à 95% = -0.87 et 2.18:



Conclusion : Le dosage instantané de la lactacidémie capillaire aux bandelettes (Point of Care) et celui effectué au laboratoire par la technique de référence sur prélèvement sanguin ont une concordance acceptable dans la pratique clinique et peuvent être utilisées indifféremment en milieu de réanimation. L'accessibilité et la facilité de la mesure capillaire pourrait inciter à son usage plus fréquent en réanimation.

P47.

Evolution du profil des patients admis en réanimation sur une période de 15 ans

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

Rationnel : Lors du démarrage de la réanimation en Tunisie, il était considéré qu'il s'agissait de «l'âge d'or» de la réanimation qui prenait en charge une population jeune, et en bonne santé antérieure.

Objectif : Décrire l'évolution de la typologie 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 méthodes : Tous les patients consécutivement hospitalisés au service de réanimation polyvalente du CHU Monastir entre le 1^{er} janvier 1996 au 31 décembre 2010 ont été inclus. 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.

Résultats : 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 ($p<0.0001$). Les comorbidités le plus fréquemment retrouvées étaient respiratoires, l'HTA et le diabète avec des proportions respectives de 46,1%, 24,9% et 22,5%.

Le score de comorbidité de Charlson est passé de 1,65 à 2,47 ($p<0.0001$). La gravité des patients hospitalisés durant la période d'étude n'a pas connu de modification significative entre 1996 et 2010 avec des médianes respectives du score SAPS II de 27(IQR=23) et 30(IQR=20).

La défaillance respiratoire est restée la cause la plus fréquente d'hospitalisation durant toute la durée d'étude avec des proportions passant de 62% à 73% respectivement en 1996 et 2010. Les proportions de patients ventilés mécaniquement est resté assez stable (40%) en revanche celle des patients ventilés par la VNI est passé de 8,6% en 1996 à 44,1% en 2010($p<0.0001$). 1071 patients sont décédés en réanimation (25 %).

Conclusion : Sur une période de 15 ans, les patients hospitalisés dans un service de réanimation médicale universitaire tunisien étaient de plus en plus âgés et avaient plus de comorbidités sans variation de la gravité à l'admission. La VNI s'est positionnée comme alternative à la VM invasive.

P48.

Perception de la réanimation par les étudiants en médecine

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

Rationnel : l'environnement et le fonctionnement de la réanimation a toujours été une source d'ambiguïté pour le grand public et même pour certains professionnels de santé.

Objectif : Dans le cadre d'une démarche de qualité et d'écoute nous avons évalué les connaissances des étudiants en médecine sur les missions de la réanimation.

Méthode : Un questionnaire anonyme a été distribué aux étudiants en DCEM 3 de la faculté de médecine de Monastir explorant les volets relatifs au rôle de la réanimation et leur future relation professionnelle avec la spécialité.

Résultats : 188 questionnaires ont été distribués, 170 ont été retournés et analysés. L'âge moyen des étudiants était de 25 ans (± 5) ; 58 % étaient de sexe féminin, 72,4% d'entre eux avaient effectué un stage d'externat en réanimation (stage obligatoire ou bénévole) et 29,4% avaient eu une expérience personnelle avec le milieu de la réanimation. 8,8% des étudiants interrogés avaient une idée sur les circonstances de la naissance de la réanimation. La réanimation était définie comme une discipline sophistiquée, couteuse et contribuant à sauver des vies précieuses respectivement dans 24,3%, 16,6% et 54,4%. L'offre en lits de réanimation était jugée suffisante par 6,5% des étudiants, en revanche près de la moitié des étudiants pensaient qu'il faudrait un service de réanimation par grande discipline et qu'il serait utile de concentrer les moyens pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients et rationaliser des dépenses de santé. Les étudiants pensaient que l'âge, les comorbidités, le diagnostic, le manque de lits et le niveau socioéconomique des patients étaient les causes de refus d'hospitalisation en réanimation respectivement dans 3,7% ,13%, 24,7%, 16% et 2,5%. Un tiers des étudiants étaient « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » pour un engagement thérapeutique maximal indépendamment des antécédents et du pronostic des patients. Les étudiants qui pensaient que les visites en réanimation devraient être permises 24h/24 sont de 6,1%. Les étudiants ont jugé non nécessaire d'expliquer aux patients et/ou à leurs proches les raisons d'un examen complémentaire, d'un transfert ou d'une intervention chirurgicale respectivement dans 47% ,30% et 16%. La moitié des étudiants pensaient que la ponction artérielle et l'absence de communication étaient respectivement la procédure la plus douloureuse et la situation la plus gênante pour le patient. Interrogés sur leurs perspectives d'avenir, 80% déclaraient vouloir faire un stage interne en réanimation et 1/3 d'entre eux déclinaient la possibilité de suivre un cursus de réanimation.

Conclusion : Nombreuses sont les missions de la réanimation qui continuent à être ambiguës dans les esprits des étudiants en médecine malgré un contact avec le milieu de la réanimation. Des efforts considérables restent à fournir par les réanimateurs pour mieux mettre en valeur certains aspects de la discipline notamment concernant le volet relationnel du personnel soignant avec le patient et/ou sa famille.

P49.

**Traumatisme crâniens : Profil épidémiologique, manifestations cliniques et évolution
« à propos de 61 cas »**

K.Bouselmi K, I. Ben Chiekh, M. Kddour M, K. Ben Taher, F.Bech
Service de Réanimation Polyvalente, ZAGHOUAN

Introduction : La pathologie traumatique représente un véritable fléau socio-économique et un réel problème de santé publique. Parmi les traumatismes, les lésions crânio-cérébrales sont très fréquentes et conditionnent en grande partie le pronostic.

Le but : Analyser les aspects épidémiologiques et décrire les caractéristiques lésionnelles et évolutives des patients traumatisés du crâne.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de réanimation médicale de l'hôpital Régional de Zaghoun sur 61 cas de traumatisés crâniens durant une période de 9mois (de 1^{er} janvier 2011 au 31 septembre 2011).

Résultats : Durant la période d'étude, 61 patients ont été hospitalisés pour traumatisme crânien soit une incidence de 25.5% de l'ensemble des hospitalisations. , L'âge moyen est de 37ans avec des extrêmes de 15 à 87 ans. Une prédominance masculine a été retrouvé avec un sex-ratio de 4.5. Les accidents de la voie publique constituent l'étiologique la plus fréquente (44%), les violences (29%), les chutes (21%) et les accidents de travail (6%). Le Score de Glasgow est inférieure à 8 chez 8.1%. Le scanner cérébral, réalisé chez 83.6% des patients, a révélé des lésions intracérébrales dans 16.3% des cas. Les lésions cérébrales les plus fréquemment observées sont l'hémorragie méningée et la contusion cérébrale. L'évolution est favorable avec une récupération sans séquelles chez 90.1%. 4.9% ont eu une évolution défavorable avec persistance des séquelles. Le taux de mortalité globale est de 1.6 %. La durée d' hospitalisations moyenne est de 3.4 Jours.

Conclusion : Le traumatisme crânien constitue une cause fréquente d'hospitalisation en unité de soins intensifs et restent grevées d'une morbi-mortalité importante. Toutefois, nous espérons toujours améliorer le pronostic de ces patients par l'amélioration de la prévention, en particulier la prévention des accidents de la voie publique.

P50.

Forme trompeuse de dissection aortique

Bousselmi Kamel, Bech Farouk, Ben Chiekh, M. Kddour M, K. Ben Taher Abbes Med Fahmi, Ghorbali S
Service des urgences et de réanimation polyvalente. Hôpital Régional de Zaghouan.

Introduction : Les dissections aiguës de l'aorte constituent une urgence médico-chirurgicale dont la morbidité et la mortalité restent très élevées en dépit d'importants progrès réalisés dans la rapidité du diagnostic ainsi que dans la prise en charge. D'où l'importance de l'analyse sémiologique initiale pour évoquer le diagnostic car elle permet de réaliser, dans de brefs délais, les investigations complémentaires qui le confirmeront et d'instituer immédiatement un traitement. Or, la présentation clinique d'une dissection aortique n'est pas toujours celle qui est classiquement décrite.

Observation : JN âgée de 46 ans, sans antécédents pathologiques notables consulte le service des urgences pour des épigastralgies avec dyspnée d'installation récente. L'examen physique a révélé essentiellement la présence d'un souffle diastolique 3/6 au foyer aortique et un affaiblissement important des deux pouls fémoraux, une hémodynamique correcte : TA = 110/70, FC = 80/mn, apyrexie, SpO₂ > 95%. La radiographie thoracique a montré un épanchement pleural gauche, l'électrocardiogramme montre un courant de lésion sous-endocardique en inféro-apico-latéral, motivant la mise en place d'un traitement anti-angineux y compris une dose de charge de plavix. L'évolution discordante des signes cliniques : aggravation de la dyspnée, normalisation électrique, bilan enzymatique cardiaque normal, a motivé la réalisation d'une échographie trans-thoracique (ETT) et un scanner thoraco-abdominal qui ont montré une dissection de l'aorte (type A de Stanford).

La patiente a subi en urgence un remplacement de l'aorte et du sinus de Valsalva non coronaire. L'évolution post opératoire est favorable.

Conclusion : La dissection aortique est une condition potentiellement fatale et devrait être suspectée rapidement chez les patients présentant des douleurs thoraciques, même s'ils présentent peu de facteurs de risque et même s'ils sont jeunes. Nous devrions toujours avoir en tête cette pathologie lorsque nous suspectons aussi une embolie pulmonaire et/ou un syndrome coronarien.

P51.

Les fractures du bassin compliquées d'instabilité hémodynamique. Etude rétrospective de 100 cas.

Anis Chaari⁽¹⁾, Hssan Dammak⁽¹⁾, Hichem Kssibi⁽²⁾, Najla Ben Algia⁽¹⁾, Rania Ammar⁽¹⁾, Rania Allala⁽¹⁾, Mabrouk Bahloul⁽¹⁾, Nouredine Rekik⁽²⁾, Mounir Bouaziz⁽¹⁾.

1- Service de réanimation polyvalente. CHU Habib Bourguiba. Sfax.

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

But : Rapporter les caractéristiques cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives des patients ayant des fractures du bassin compliquées d'une instabilité hémodynamique.

Patients et méthodes : Etude rétrospective, menée sur une période de deux ans (du 01/01/2009 au 31/12/2010) au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) de Sfax. Tous les patients ayant présenté une fracture du pelvis ont été inclus.

Résultats : Durant la période d'étude, 455 patients ont été admis pour polytraumatisme dont 100 avaient une fracture du bassin (22 %). Un état de choc hémorragique imputable à cette fracture a été identifié chez 46 patients (46 %). Comparativement aux patients ayant un état hémodynamique stable, ces patients avaient un score ISS plus élevé (46.4 ± 24.7 Vs 31.04 ± 23.8 points ; $p = 0.002$) et un score de Glasgow plus bas (10.08 ± 4.14 Vs 13.4 ± 2.8 points ; $p < 0.001$). La pression artérielle systolique a été significativement plus basse (96 ± 23.7 Vs 117.6 ± 13.7 mmHg ; $p < 0.001$) et la fréquence cardiaque a été significativement plus élevée (107 ± 26 Vs 96.3 ± 20.9 bat/min ; $p = 0.024$). Sur le plan lésionnel, une association significativement plus fréquente d'hématome sous duraux (33.3 % Vs 9.1 % ; $p = 0.043$) et de traumatisme thoracique (87 % Vs 55.6 %) a été rapportée. Aucune corrélation n'a été retrouvée entre cette complication hémodynamique et la classification de Tile et Pennal portant sur les fractures du bassin. Cependant, les fractures ischio-pubiennes ont été plus fréquemment associées à la survenue d'un état de choc (74 % Vs 53.7 % ; $p = 0.037$). Le taux d'hémoglobine à l'admission a été significativement plus bas chez ces patients (9.85 ± 2.5 Vs 10.84 ± 2.1 g/dl ; $p = 0.033$) ainsi que le taux de prothrombine (55 ± 19 Vs 64.3 ± 15.7 % ; $p = 0.008$). Après 24 H d'évolution, ces patients avaient un taux de plaquettes significativement plus bas (120.4 ± 43.57 Vs 271 ± 87.33 G/l ; $p = 0.001$). Sur le plan thérapeutique, ces patients avaient des besoins transfusionnels et en catécholamines significativement plus importants (respectivement 91.3 % Vs 64.8 % ; $p = 0.002$ et 82.6 % Vs 7.4 % ; $p < 0.001$).

La mortalité a été significativement plus élevée chez ces patients (41.3 % Vs 16.7 % ; $p = 0.006$).

Conclusion : Les fractures du bassin compliquées d'instabilité hémodynamique sont souvent occasionnées par des traumatismes violents. Le pronostic dépend de la précocité et de l'efficacité de la prise en charge initiale ainsi que des lésions traumatiques associées.

P52.

Facteurs de gravité des décompensations diabétiques : Analyse de 100 cas (DD)

Bouneb R ; Ben Saida I ; Chouchene I ; Farjallah A ; Soufi M ; Bouchoucha S
 Service de Médecine Intensive EPS Farhat Hached Sousse

Introduction : Les DD restent fréquentes dans notre pays et responsables d'une mortalité élevée (35%). Notre travail vise à identifier les facteurs impliqués dans cette mortalité et en déduire score de gravité spécifique aux décompensations diabétiques

Patients et méthodes : Une analyse rétrospective de 100 cas de DD prises en charge au service de Médecine Intensive CHU Farhat Hached Sousse durant 10 ans (janvier 2000 au décembre 2010), a concerné le patient (âge, sexe), son diabète (type, ancienneté, complications dégénératives) les comorbidités associées et la décompensation proprement dite. Cette dernière est analysé à travers son type, son étiologie, sa gravité globale (SAPSII), ses conséquences sur le plan neurologique, respiratoire (grade d'IRA), circulatoire (grade ICA) et rénale (urée, créatinine) et le bilan biologique (glycémie, Natrémie, pH et osmolarité plasmatique) et ses complications durant la prise en charge. L'ensemble des paramètres a été soumis à une analyse uni et multivariée destinée à identifier les facteurs indépendants de mortalité et à élaborer un score de gravité spécifique.

Résultats et commentaires : L'analyse univariée des paramètres recueillis (tableau I) montre que les décès des DD sont essentiellement liés à la survenue de défaillance vitales à l'admission ou en cours d'évolution. Parmi les défaillances vitales à l'admission, la détresse respiratoire en partie liée à un œdème pulmonaire par remplissage intempestif semble plus péjoratif. Les défaillances vitales secondaires, respiratoires (pneumonies, atelectasies...), circulatoires (choc septique, SCA), neurologiques (AVC secondaire, infections neuromeningés...) et rénales (nécrose tubulaire aigue) en grande partie liés aux soins sont en fait les plus déterminants sur le pronostic final.

Un score de gravité spécifique aux DD (tableau II) ne comportant que 4 items dont 3 cliniques, montre des performances comparables au SAPSII (tableau III).

| Paramètres | | | P |
|---------------------------|-------------------------------|----------------------|--------|
| Ancienneté de diabète | | | 0,047 |
| AVC inaugural | | | 0,044 |
| Insuffisance respiratoire | A l'admission | VM | 0,0001 |
| | | Surcharge pulmonaire | 0,03 |
| | Secondaire (Pneumonie, œdème) | | 0,0001 |
| Insuffisance circulatoire | A l'admission | | 0,027 |
| | Secondaire | | 0,0001 |
| Insuffisance rénale | A l'admission | Urée sg | 0,036 |
| | | oligurie | 0,018 |
| | Secondaire (NTA, sepsis) | | 0,0001 |
| Glasgow | | | 0,004 |

Tableau I : Facteurs prédictifs de décès au cours des DD.

| | Odd-ratio | Pondération |
|-------------------------------|-----------|-------------|
| VM à l'admission | 4,992 | 5 |
| Présence d'IRA à l'admission | 3,820 | 4 |
| Présence d'ICA à l'admission | 1,633 | 2 |
| Urée sanguine >7,5 mmol/l | 1,053 | 1 |
| Ancienneté de diabète <10 ans | 0,943 | 1 |

Tableau II : paramètres du score de gravité spécifique à l'admission

| | Notre score | SAPSII |
|--------------------------|-------------|--------|
| Spécificité | 68% | 64% |
| Sensibilité | 77% | 78% |
| Aires sous la courbe ROC | 0,793 | 0,777 |

Tableau III : Performances comparées du score spécifique et du SAPSII

Conclusion: Le premier score de gravité spécifique aux DD, offre des performances comparables au SPAS II et surtout une meilleure maniabilité.

P53.

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

K.Regaiég, M. Kouira, L.Jlili, R.Briki, S.Alouani, S.Hidar, A. Memmi, M.Fekih, H.Khairi

Service de gynécologie-obstétrique du CHU Ferhat Hached de Sousse

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

But : Le but de ce travail est d'étudier :

- Les facteurs de risque HPP
- L'efficacité du Nalador par rapport aux autres utérotoniques
- Les éventuelles complications observées

Matériel et Méthodes : Etude rétrospective regroupant 40 cas colligés au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Farhat hached Sousse sur une période de 2ans allant du 1er janvier 2010 au 31 septembre 2011.

Il s'agit d'hémorragies graves de la délivrance ayant imposé le recours au Nalador.

Résultats : Les caractéristiques générales des patientes sont rapportées selon le mode d'accouchement dans le Tableau suivant :

| | Voie basse (N=15) | Césarienne (N=25) |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Age moyen | 27 ± 4.9 | 28.8 ± 6.4 |
| Primipares | 9 (60%) | 10 (40%) |
| Les infections amniotiques | 3 | 5 |
| Grossesse multiple | 2 | 3 |
| Déclenchement (%) | 10(66%) | 15(60%) |
| Utérus Cicatriciel | 2 | 5 |
| Anomalies placentale (n) | 0 | 5 |
| Lésion anatomique associée | 5 | 0 |
| Episiotomies | 10 (66%) | - |
| Extraction instrumentale | 5(33%) | - |
| Poids de naissance (gr) | 3450 ± 326 | 3520 ± 550 |
| Délai Diagnostique HPP (min) | 20 | 5 |
| Délai début Nalador® (min) | 25 | 15 |
| Transfusion (n) | 9 | 11 |
| Dose de Synto après l'accouchement | 40 | 40 |
| Taux d'Hb à l'admission (g/dl) | 11.2 ± 1.1 | 11.3 ± 1.6 |
| Taux d'Hb la plus basse (g/dl) | 6.7 ± 1.8 | 6.2 ± 1.9 |

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. 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.

P54.

Œdème pulmonaire (OP) par ischémie coronaire : une part méconnue de détresse respiratoire au cours des noyades par submersion

Boukadida L ; Khaldi M ; Hichri L. ; Abdelbaki A. ; Berguiga M ; Bouchoucha S.
Service de Médecine Intensive EPS Farhat Hached Sousse

Introduction : La détresse respiratoire est le fait pathologique principal des noyades primaires ou par submersion. Son ou ses mécanismes ne sont pas encore clairement identifiés : l'hypothèse initiale d'inhalation d'eau de bain et/ou de liquides digestifs n'explique les cas où les poumons sont peu « humides » voire « secs » ; celle plus récente d'apnées répétitives volontaires et/ou réflexes est difficile à vérifier.

Il est probable que plusieurs mécanismes s'additionnent et que d'autres sont encore méconnus ; celui suggéré par notre travail est un œdème pulmonaire par ischémie coronaire.

Patients et méthodes : 20 cas de détresse respiratoire par noyade primaire, excluant les patients aux antécédents cardio-vasculaires, ayant subi un ACR ou bénéficié d'un remplissage avant l'admission, ou présentant un score de Glasgow <7 à l'admission, ont été sélectionnés dans le recrutement du service de Médecine Intensive du CHU F. Hached de Sousse entre 1996 et 2010. L'analyse à l'admission a porté sur la gravité des détresses respiratoires et circulatoires aiguës, la présence de signes d'œdème pulmonaire radiologique (3 stades : vasculaire, interstitiel, alvéolaire) et d'ischémie coronaire (3 stades : ST +, ST-, onde T négative), les traitements (assistance ventilatoire, déplétion par diurétiques, inotropes) et l'évolution de la détresse respiratoire et des signes radiologiques et électriques.

Résultats : Tous les patients de notre série présentaient à l'admission des signes de détresse respiratoire associés à des images radiologiques d'OP (interstitiel : 4, alvéolo-interstitiel : 16). 16 patients (80%) présentaient à l'ECG des troubles de la repolarisation (ST+ : 11, ST- : 2 ; T négative : 3).

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement déplétif, associé à une assistance ventilatoire (ventilation invasive : 8 ; ventilation non invasive : 5 ; masque à haute concentration : 7).

Sous traitement, la correction de la détresse respiratoire a été rapide permettant le sevrage ventilatoire et/ou l'extubation en moins de 48H chez la majorité des patients (15/20). La régression des signes radiologiques d'OP (3J à 6 J) et électriques d'ischémie coronaire (2 à 8 J) a été parallèle mais plus lente.

Discussion : Un OP de gravité variable est constamment présent et participe à la détresse respiratoire des noyades primaires. Le caractère hémodynamique de cet OP est suggéré par sa rapide réversibilité sous simple traitement diurétique ; son association dans 80% des cas à des signes d'ischémie coronaire et sa régression quasi parallèle avec ces mêmes signes confirment sa nature hémodynamique et son mécanisme ischémique.

Conclusion : Un OP en rapport avec une ischémie coronaire rapidement réversible participe de manière quasi-constante à la détresse respiratoire des noyades primaires. Il justifie d'un simple traitement déplétif susceptible d'accélérer la correction de la détresse respiratoire.

P55.

Cyanose aigue chez le nourrisson : pensez à la Méthémoglobinémie.

Kebaili Raoudha, Khenissi Salem, Soyah Najla, Khalef Imène, Tilouche Samia, Bouguila Jihène Boughammoura Lamia.

Service de Pédiatrie du CHU Farhat Hâched de Sousse

Introduction : La méthémoglobinémie est une pathologie rare, révélée par une coloration grise cyanosée sans cause respiratoire ou cardiaque sous jacente. Elle est due à l'accumulation intra érythrocytaire de méthémoglobine. Elle peut être congénitale par déficit NADH-cytochrome b5 réductase ou secondaire à un oxydant. Le pronostic vital peut être mis en jeu en cas de méthémoglobinémie massive non traitée.

Patients et méthodes : Nous rapportons l'observation d'une fille de 7 mois, admise pour cyanose brutale dont le bilan a conclu à une méthémoglobinémie significative.

Résultats : Zeinab est une fille de 7 mois, sans antécédents familiaux ou personnels particuliers. Elle est hospitalisée en réanimation pour cyanose généralisée d'apparition brutale, sans signes associés. L'interrogatoire n'a pas trouvé la notion de syndrome de pénétration, ni de signes infectieux. L'examen a objectivé : une coloration bleue ardoisée des téguments, une tachycardie, avec un bon état hémodynamique, neurologique et sans signes d'hypercapnie. Le rythme respiratoire est régulier = 30 c/min. L'auscultation cardio-pulmonaire a été normale. La SaO₂ à l'air ambiant = 85%. L'aspect du sang prélevé a été brun chocolat. A la gazométrie : PaO₂ = 133 mmHg. La radiographie du thorax, l'ECG et l'échographie cardiaque étaient sans anomalies. Devant ce tableau et après avoir éliminé toute urgence cardiorespiratoire, un dosage de méthémoglobinémie a révélé un taux élevé à 21 % (Normal < 2%). L'enquête étiologique n'a pas mis en évidence l'exposition à un toxique oxydant connu. L'interrogatoire a retenu la consommation le jour de l'incident de légumes riches en nitrites, mais aussi du dompéridone (Motilium®). L'évolution a été favorable en quelques heures sous perfusion et oxygénothérapie, avec reprise d'une coloration et saturation normales. La méthémoglobinémie de contrôle à H24 = 0,6 %.

Conclusion : Devant toute cyanose, en l'absence de cardiopathie cyanogène ou de maladie pulmonaire sous jacente, la méthémoglobinémie doit être évoquée. En dehors de la forme congénitale, plusieurs agents oxydants peuvent être responsables : médicamenteux (les sulfamides, le métoclopramide, le NO, la crème Emla® sont les plus incriminés), alimentaires notamment avec des légumes ou de l'eau riches en nitrites ou nitrates ; ou autres tels que les « poppers » chez l'adulte. Le traitement repose sur le bleu de méthylène dans les formes sévères.

P56.

Défaillance cardiaque secondaire à une intoxication accidentelle par l'hydrogène sulfuré : à propos d'un cas

Ben Algia N, Medhioub F, Chaari A, Chelly H, Sahnoun M, Bahloul M, Bouaziz M.
Service de réanimation médicale, CHU Habib Bourguiba Sfax, Tunisie

Nous rapportons le cas d'un patient victime d'une intoxication accidentelle au sulfure d'hydrogène (H₂S) dans les suites d'une chute dans une conduite d'égout. La présentation clinique initiale était dominée par un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë consécutive à un œdème aigu du poumon. Dans ce contexte, le mécanisme lésionnel est habituellement évoqué dans la littérature. Notre observation donne des arguments en faveur d'une dysfonction systolique ventriculaire gauche pouvant également expliquer la survenue de cette complication cardiorespiratoire. Le tableau initial a été également marqué par une altération profonde de l'état de conscience, souvent associée aux intoxications sévères par le H₂S. L'évolution ultime a été favorable avec normalisation de l'état neurologique et de la fonction cardiaque. Nous discutons les mécanismes de l'atteinte cardiaque et neurologique.

P57.

Mucormycose Rhinocerebrale Complicée D'un Syndrome D'activation Macrophagique « A Propos D'un Cas »

Najla Ben Aljia, Fatma Medhioub, Rania Ammar, Ahmed Tounsi, Anis Chaari, Hedi Chelly, Mabrouk Bahloul and Mounir Bouaziz.

Service de Réanimation médicale. Hôpital Habib Bourguiba Sfax Tunisie.

Les mucormycoses sont des infections fongiques aiguës rares et souvent fatales, touchant avec prédilection les diabétiques non contrôlés. Le syndrome d'activation macrophagique secondaire à une mucormycose a été exceptionnellement rapporté et n'a jamais été rapporté en milieu de réanimation. Nous rapportons le cas d'une mucormycose rhinosinusienne compliquée d'un syndrome d'activation macrophagique d'évolution fatale. À travers cette observation nous discuterons les différents aspects cliniques, les moyens diagnostiques et les modalités thérapeutiques de la mucormycose rhinocérébrale.

P58.

Etiologies et facteurs pronostics de l'insuffisance hépatocellulaire aigue de l'enfant.

A. Fourati, S.Tilouche, J.Bouguila, I.Boughmiza, N.Soyah, L.Boughamoura*

Service de pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse

*Département de médecine communautaire Faculté de Médecine Sousse

Introduction : L'insuffisance hépatocellulaire aigue (IHA) de l'enfant est une pathologie souvent grave. Elle peut être à l'origine de complications sévères menaçant le pronostic vital à court terme et nécessitent a priori une hospitalisation en réanimation pédiatrique. La principale question est de poser les indications de réanimation intensive chez ces malades.

Objectif : Le but de notre travail est d'analyser les particularités étiologiques ainsi que les facteurs pronostics de l'IHA chez l'enfant.

Patients et méthodes : Nous avons mené dans l'unité de réanimation pédiatrique du service de pédiatrie du CHU Farhat Hached de Sousse une étude rétrospective incluant les patients ayant été hospitalisé pour IHA durant la période allant de Janvier 2000 à Décembre 2010 et dont l'âge varie entre 1 mois et 15 ans. Le diagnostic a été retenu sur un taux de prothrombine TP<50%. On a exclu les malades présentant une IHA dans le cadre d'une défaillance multi viscérale.

Résultats : Nous avons colligés 40 patients. L'âge moyen du diagnostic est de 58 mois (1 mois à 168 mois). La symptomatologie clinique est dominée par l'ictère qui est présent dans tous les cas et l'encéphalopathie hépatique chez 55% des patients. Les hépatites virales aiguës (13 cas) ainsi que les hépatites métaboliques (12 cas) étaient les principales étiologies trouvées dans cette étude (62%). Trois IHA par obstacle sur les voies biliaires ont été retrouvés : deux cas d'atrésies des voies biliaires et un patient atteint de cholangite sclérosante. Les hépatites toxiques n'ont été retrouvées que dans deux cas, l'origine auto immune également dans deux autres cas. L'évolution était favorable dans la moitié des cas (47.5% des cas). Le traitement était symptomatique dans tous les cas associé au non à un traitement spécifique. L'analyse uni variée a montré que le pronostic est plus péjoratif chez les enfants âgés de moins de 2 ans ($p = 0,006$), ceux qui ont un taux de bilirubine plasmatique totale supérieur ou égal à 200 micromol / l, un taux de prothrombine $\leq 30\%$ ($p < 10^{-4}$), un temps de céphaline activé supérieur (≥ 50 secondes) ($p < 10^{-4}$), un taux d'albumine $< 30g / l$ ($p < 10^{-4}$) une hypoglycémie ($p < 10^{-4}$) ou une encéphalopathie hépatique ($p < 10^{-4}$). Selon l'analyse multi variée, seule l'hypoglycémie a représenté un facteur prédictif de mortalité en cas d'IHA.

Conclusion : La connaissance et la détermination des facteurs prédictifs de mauvais pronostic en cas d'IHA semblent être nécessaire à fin de permettre une orientation précoce de ces patients vers un centre de réanimation spécialisé en vue d'une transplantation hépatique. D'autres études multicentriques sont nécessaires pour établir un score évaluant le pronostic de l'IHA de l'enfant.

P59.

Corps étranger bilatéral à propos d'un cas

I.Khalef, S.Tilouche, S.Elkhnessi A.Elghadhab, J.Bouguila, N.Soyah, K.Bouzouita, L.Boughamoura
Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse

Introduction : L'inhalation de corps étranger (CE) est une cause fréquente de détresse respiratoire chez l'enfant. La localisation bilatérale des corps étrangers ne dépassent pas 8% de l'ensemble des localisations selon les séries rapportées en littérature mais cet accident quand il survient est potentiellement grave et pose toujours un problème de diagnostic et de prise en charge ventilatoire avant et pendant la bronchoscopie.

Observation : Enfant G.M âgé de 2 ans admis pour dyspnée. Ayant comme antécédents familiaux son père et ses deux tantes suivis pour asthme allergique et comme antécédent personnel une toux sèche chronique non explorée. L'histoire de la maladie remonte à cinq jours avant son admission par l'installation d'une dyspnée sifflante traitée comme une crise d'asthme. L'examen à l'admission trouve un enfant apyrétique, polypneïque avec des signes de luttes intenses, wheesing à distance, un emphysème sous cutané avec cyanose péribuccale. A l'auscultation : râles sibilants diffus, tachycardie à 120 bat /min .A la radiographie du thorax : Distension thoracique et diminution de la transparence 2/3 sup de HCP droit. Au bilan une acidose respiratoire. L'enfant était mis initialement sous MHC et des nébulisations au ventoline avec salbutamol et Hemisuccinate d'hydrocortisone en Intraveineux. Devant l'aggravation de l'état respiratoire l'enfant à été intubé et mis sous mode Oscillation à haute fréquence. Devant ce tableau atypique avec absence de syndrome de pénétration à l'interrogatoire on a complété par un scanner thoracique qui a objectivé un foyer de pneumopathie systématisée des lobes moyen et supérieur droit. Un pneumothorax bilatéral apical de faible abondance. Un pneumo médiastin de moyenne abondance. Un matériel hyperdense au niveau du tronc intermédiaire droit évoquant un corps étranger. Devant la gravité du tableau, une bronchoscopie à été faite dans notre unité de réanimation avec extraction de multiples fragments de nature végétale (Amande) à droite et à gauche. L'évolution était favorable, l'enfant est sortie après 15 jours d'hospitalisation avec un examen strictement normal.

Conclusion L'inhalation des corps étrangers à localisation bilatéral est un accident grave pouvant compromettre le pronostic immédiat de l'enfant. C'est une urgence diagnostic et thérapeutique qu'il ne faut pas méconnaître.

P60.

L'arrêt cardiaque de l'enfant : Expérience d'une unité de réanimation pédiatrique

I.Lahmar, S.Tilouche, N.Lazreg, J.Bouguila, N.Soyah, L.Bouhamoura

Service de Pédiatrie Farhat Hached Sousse

Introduction : Le taux de survie après un arrêt cardiorespiratoire (ACR) intra hospitalier chez l'enfant varie entre 9 à 42 % à la sortie de l'hôpital. Le pronostic dépend de la durée de l'ischémie et de l'anoxie cérébrale. Un diagnostic rapide et des manœuvres de réanimation efficaces sont les seuls garants d'une récupération cérébrale sans séquelles.

Le but : de ce travail est de décrire les caractéristiques des arrêts cardiaques survenant chez l'enfant en milieu hospitalier et d'évaluer nos pratiques dans cette situation.

Matériel et méthodes : étude prospective concernant tout ACR intra hospitalier survenant chez les enfants hospitalisés dans l'unité de réanimation pédiatrique du service de pédiatrie, pendant une année (septembre 2010-septembre 2011).

Résultats : 41 ACR ont été inclus. Les ACR ont survenus à un âge moyen de 30 mois (2-180 mois). Des antécédents personnels ont été retrouvés chez les enfants présentant un ACR : 13 cas de pathologies respiratoires, 5 cardiopathies congénitales et 15 enfants ayant des antécédents d'hospitalisation en période néonatale. Les ACR surviennent en moyenne au onzième jour d'hospitalisation. Le PRISM et le PELOD sont respectivement en moyenne de 8 (0-51) et 5 (0-31). L'ACR était attendu par les médecins compte tenu de la gravité du tableau clinique dans 29% des cas. Dans 17% des cas une décision collégiale a été prise avant la survenue de l'ACR de ne pas réanimer l'enfant. Une intubation au moment de la réanimation de l'ACR a été pratiquée dans 73,2% des cas et l'adrénaline a été administrée dans 87,8% des cas. Les tachycardies et fibrillation ventriculaires n'ont été observées que dans 7,3% des ACR. La réanimation cardiorespiratoire a duré 25 min +/- 15 en moyenne. La majorité des ACR avaient une cause respiratoire (68%). Un pneumothorax a été observé dans 9, 8% des cas, 22% avaient un état de choc septique et 12,2% étaient en insuffisance cardiaque. Une dyskaliémie était probablement à l'origine de l'ACR dans 19,6% des cas. La récurrence de l'ACR a été observée dans 9,8% des cas et la survie après une réanimation cardiorespiratoire était estimée à 4,8%.

Conclusion : Le pronostic de l'arrêt cardiaque survenant en réanimation pédiatrique peut être essentiellement amélioré par la détection et le traitement des signes avant-coureurs de l'arrêt (défaillance respiratoire, hypotension artérielle), par une politique volontaire de sécurisation des procédures à risques en réanimation et par l'application d'un protocole de prise en charge standardisé de l'ACR.

P61.

Ingestion de pile chez l'enfant : A propos d'un cas

I. Lahmar, S.Tilouche, I.Khalef, J.Bouguila, N.Soyah, L.Bouhamoura
Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse

Introduction : L'ingestion d'une pile bouton est un accident de plus en plus fréquent chez l'enfant du fait du grand nombre de jouets électroniques actionnés par ce type de source d'Énergie. Les piles peuvent théoriquement provoquer au niveau œsophagien ou gastrique des lésions électriques ou caustiques, ainsi que des intoxications lorsqu'elles s'ouvrent. Une ablation en urgence est indiquée en cas de stagnation dans l'œsophage. A l'occasion d'une observation, nous proposons de rappeler les particularités cliniques et les complications de cet accident domestique.

Observation : C'est le cas d'un garçon âgé de 13 mois, qui arrive aux urgences cinq heures après avoir ingéré une pile plate, ronde et métallique. La radio confirme que la pile est restée coincée dans l'œsophage. Une fibroscopie est pratiquée pour retirer la pile. Elle était déjà dans un état avancé d'érosion, et les produits chimiques qu'elle contenait s'étaient largement répandus dans l'œsophage créant une ulcération œsophagienne majeure avec risque de perforation. Le nourrisson est transféré dans un tableau de détresse respiratoire post extraction du corps étranger. Une fistule trachéo-œsophagienne est suspectée. La radiographie post extraction était normale. Le TOGD aux hydrosolubles n'a pas objectivé de fistule. Le traitement comportait des nébulisations, la corticothérapie par voie générale, Inhibiteur de pompe à proton et antibiothérapie. Cette détresse respiratoire est liée à la libération de substances potentiellement caustiques (soude, potasse, sels de métaux lourds, chlorure d'ammonium) Une fibroscopie Oesogastroduodénale à J8 d'hospitalisation est revenue normale. Dans ce cas rapporté, tout rentra dans l'ordre 11 jours plus tard () et l'enfant sortait de l'hôpital.

Conclusion : Une pile électrique n'est pas un corps étranger comme un autre, il peut obturer un segment du tube digestif, causer des brûlures ou libérer des substances toxiques. Toute ingestion de pile est une urgence ou chaque minute compte, surtout s'il s'agit d'un enfant.

P62.

Intoxication par l'hydrate de chloral. À propos de deux observations

S. Elkhmissi, S. Tilouche, I. Khalef, J. Bouguila, N. Soyah, L. Boughamoura

Service de pédiatrie Farhat Hached

Introduction: L'hydrate de chloral (HC), est une substance qui a été synthétisée en 1832 et utilisée comme sédatif en pédiatrie et en gériatrie depuis 1869. Son effet sédatif en prémédication lors d'examen spécialisés chez l'enfant ou en réanimation néonatale a suscité un regain d'intérêt. L'HC avait la réputation de produit d'usage facile et sûr, ceci malgré de nombreuses publications sur ses effets secondaires. Nous rapportons deux observations qui entrent dans ce cadre.

Observations : Il s'agit d'une fille et un garçon âgés respectivement de 17 mois et 4 ans chez qui on a pratiqué un EEG après une sédation par l'HC. L'évolution a été marquée par la survenue chez la première d'un tremblement et une ataxie à la marche, et le deuxième des troubles de la conscience avec un myosis serré qui ont duré environ 12 heures. Ces deux tableaux ont évolué favorablement de façon spontanée sans troubles cardiaques.

Conclusion : Les incidents, qui ont été constatés chez nos patients et ceux rapportés dans la littérature surtout cardiaque suite à l'utilisation de l'hydrate de chloral, ont permis de mettre en doute sa classique innocuité. D'où l'intérêt de rechercher une autre alternative thérapeutique de sédation.

P63.

Etude de la mortalité pédiatrique

S.Elkhnessi, S.Tilouche, I.Khalef, N.Gazze, J.Bouguila, N.Soyah, L.Bouhamoura
Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse

Introduction : La mortalité pédiatrique dans les pays en voie de développement reste une préoccupation permanente des pédiatres et doit figurer parmi les problèmes d'actualité de santé publique dans notre pays.

Le but de cette étude est de décrire une population hospitalisée dans une unité de réanimation pédiatrique et d'identifier l'influence des scores PRISM, PELOD et le syndrome de défaillance multi viscéral(SDMV) sur la mortalité.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective sur un période d'une année (1er décembre 2009 au 31 novembre 2010). Nous avons inclus tous les enfants âgés de 1 mois à 16 ans qui ont été hospitalisés dans l'unité de réanimation du service de pédiatrie Farhat Hached Sousse.

Pour chaque cas retenu, les éléments suivants ont été recueillis: l'âge, le motif d'admission, les scores PRISM et PELOD, les défaillances d'organe et l'évolution.

Résultats : 334 enfants ont été inclus. Ainsi, Les malades hospitalisés en unité de réanimation pédiatrique représentent 15,7% de l'ensemble des patients admis dans le service de pédiatrie. L'âge médian est de 13mois (1mois-225mois). Le taux de mortalité de la population est de 11,4% soit un taux de mortalité hospitalière de 1,79 %. Les défaillances respiratoires et neurologiques sont les motifs d'admission les plus fréquents dans l'unité de réanimation pédiatrique. La valeur moyenne du PRISM est de 5 +/- 6,4 (0-43) et du PELOD est à 3+/-7,22(0-52). 8,7% des enfants hospitalisés ont un SDMV dans les premières 24 heures d'admission. L'âge médian des patients décédés est de 7 mois +/- 5,37. Les Valeurs moyennes du PRISM et du PELOD chez les enfants décédés sont respectivement de 13 (+/- 12) et de 4 (+/- 4,62) Un syndrome de défaillance multiviscérale est retrouvé pendant les premières 24H d'hospitalisation chez 60,5% des enfants décédés.

L'analyse a conclu que la présence d'un SDMV ($p < 10^{-3}$), l'augmentation du score du PRISM ($p < 10^{-3}$) et du PELOD ($p < 10^{-3}$) influencent de façon significative la mortalité pédiatrique de notre population.

Conclusion : Ces trois facteurs de pronostic retenus dans notre étude, sont étroitement liés au délai de consultation et à la proximité d'une unité de réanimation spécialisée. Pour réduire la mortalité pédiatrique, il faut éduquer les parents pour un recours précoce aux urgences pédiatriques, organiser les conditions du transfert et renforcer le plateau technique et les moyens thérapeutiques dans les unités de réanimations pédiatriques.

P64.

Pneumocystose pulmonaire en milieu de réanimation pédiatrique à propos de 2 observations

R.Kebaili , S.Tilouche ,J.Bouguila,A.Rouatbi,N.Soyah,L.Boughamoura
Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse.

Introduction : La pneumocystose pulmonaire (PCP) reste une des principales causes d'insuffisance respiratoire aiguë des sujets immunodéprimés. Bien qu'elle soit rare, elle représente une cause majeure de morbidité et de mortalité.

Patients et méthodes : Nous rapportons les observations de 2 enfants admis en réanimation pédiatrique pour dyspnée, chez qui le diagnostic de PCP a été retenu.

Observations : Le premier cas est celui d'un nourrisson âgé de 14 mois admis pour dyspnée évoluant depuis un mois. Comme antécédents, on note une prématurité, une infection materno-foetale puis ostéo-arthrite nosocomiale, des broncho-pneumopathies à répétition un syndrome d'apnées du sommeil. L'examen trouvait un nourrisson cyanosé, polypnéique avec des signes de lutte intenses. Devant la notion de syndrome de pénétration avec une pneumopathie persistante sur plusieurs radiographies de thorax, résistante aux antibiotiques, une bronchoscopie était effectuée, objectivant des sécrétions purulentes sans corps étranger. L'évolution était marquée par l'aggravation de l'état respiratoire avec une pneumopathie extensive, nécessitant une ventilation invasive ; puis apparition de signes d'insuffisance cardiaque avec HTAP. L'enquête bactériologique a montré la présence de *Pneumocystis Carinii* dans le PDP (PCR positive). L'évolution était fatale et le patient est décédé au bout de 10 jours.

Le deuxième cas est celui d'un enfant âgé de 14 ans, suivi pour leucémie aigue lymphoblastique sous chimiothérapie depuis 2 ans avec échec thérapeutique, admis pour dyspnée fébrile évoluant depuis 2 jours. A l'examen, il présentait une détresse respiratoire sévère avec hypoxie et à la radio thorax une pneumopathie bilatérale diffuse. La conduite était de le mettre sous ventilation non invasive puis invasive, il a reçu une antibiothérapie à large spectre en association avec un antifongique, le Bactrim per os et Tamiflu. La PCR de la grippe A H1N1 et la PCR du *Pneumocystis Carinii* étaient positives. L'évolution était marquée par l'aggravation rapide de l'état respiratoire avec des poumons blancs à la radio ; l'issue était défavorable au bout de quelques jours.

Conclusion : Ces observations soulignent l'importance d'évoquer plus précocement la PCP devant une symptomatologie pulmonaire chez tout patient suspect d'avoir un terrain d'immunodépression. Un LBA doit être réalisé au moindre doute. Un traitement précoce et adéquat pourra réduire la mortalité et améliorer le pronostic.

P65.

Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil : A propos de 2 cas

I.Lahmar, S. Tilouche, J.Bouguila, N.Soyah, A. Abdelghani, L.Bouhamoura*

Service de pédiatrie Farhat Hached Sousse

*Service de pneumologie Farhat Hached Sousse

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.

P66.

Le Syndrome de Guillain-Barré : Quelles mesures thérapeutiques spécifiques et quel schéma d'utilisation en 2011 ? Illustration par un cas clinique grave d'évolution favorable.

Hammouda Z (1), Béji O (1), Saafi M A (2), Dogui M (2), Ben Salem C (3) Hmouda H (1).

(1) Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse

(2) Service d'Explorations Neurophysiologiques, CHU Sahloul, Sousse

(3) Département de Pharmacologie, Faculté de Médecine, Sousse

Introduction : Le syndrome de Guillain-Barré (SGB) se caractérise par une démyélinisation aigue, plus ou moins disséminée le long du système nerveux périphérique, associée à une réaction inflammatoire et spontanément réversible. Il en résulte un bloc de conduction nerveuse. La mise en évidence d'un facteur démyélinisant sérique est à la base des thérapeutiques spécifiques actuelles: échanges plasmatiques et immunoglobulines. Ce travail est une mise au point thérapeutique illustrée par un cas clinique.

Matériel et méthodes : Nous rapportons un cas clinique de SGB grave admis en réanimation, d'évolution favorable à l'issue de quatre séances de plasmaphérèse. En partant de ce cas clinique particulier, nous précisons les différents schémas thérapeutiques qui se dégagent des données actuelles de la science.

Observation : Mr S M, âgé de 59 ans, a été admis en réanimation pour PRN grave comportant des paralysies ascendantes avec atteinte des paires crâniennes (paralysie faciale, troubles de la déglutition) et polypnée superficielle. Grâce à la VNI, et à 4 séances de plasmaphérèse débutées à J1 d'admission, la ventilation mécanique a été évitée. La rééducation fonctionnelle motrice et orthophonique, ainsi que la kinésithérapie respiratoire ont aidé à la récupération de la marche, d'une déglutition efficace, et d'une respiration normale.

Discussion : Le traitement spécifique du syndrome de Guillain-Barré est impératif. Il permet de limiter l'extension des paralysies, favoriser la récupération motrice et diminuer la fréquence et la gravité des séquelles. Les indications, les contre-indications et le rapport coût/ efficacité doivent être discutés au cas par cas. L'efficacité des échanges plasmatiques est incontestable. De fortes doses d'immunoglobulines dans les formes graves sont tout aussi efficaces que les échanges plasmatiques. L'association de deux modalités reste discutable.

Conclusion : La prise en charge précoce des PRN en réanimation repose impérativement sur un traitement symptomatique associé à un traitement spécifique à visée étiopathogénique qui doit être instauré précocement.

P67.

Intra-aortic balloon pump: seven years experience of use in cardiac surgery

Missaoui A¹, Ben Yahia MM¹, Onalli K¹, Ouerghi S¹, Ben Youssef A¹, Mebazaa MS², Mestiri T¹, Kilani T¹

¹Department of Cardiothoracic Surgery, Abderrahmen Mami Hospital, Ariana, Tunisia

²Department of Anesthesia and intensive care, Mongi Slim hospital, La Marsa, Tunisia

Department of Cardiothoracic Surgery, Abderrahmen Mami Hospital, Ariana, Tunisia

Background: Intraaortic ballon pump (IABP) is the most widely used circulatory assist device today and is utilized in a wide range of serious cardiovascular conditions. The aim of this study was to analyze perioperative IABP insertion in patients undergoing cardiac surgery and its complications.

Methods: Retrospective and descriptive study (January 2004 - October 2011) including patients admitted for cardiac surgery and requiring IABP. Demographics, indications, technique and complication rate were notified.

Results: Fifteen patients were included. Sex Ratio = 2.0. Mean age was 63.2±14.3 years. Mean BMI was 25.8±3.8. The Euroscore range was 2 to 32 with a mean of 8. The incidence of diabetes and peripheral vascular disease was 60 and 13.3%, respectively. 13 patients had acute myocardial infarction, from which 4 have left ventricular failure. 12 patients underwent isolated coronary artery bypass grafting (CABG), 2 patients have CABG with valve surgery and 1 patient had surgery for post infarction ventricular septal defect. Third (5 patients) of all IABP insertions were performed intraoperatively in order to facilitate weaning from cardiopulmonary bypass. Five patients (33.3%) received the IABP postoperatively because of a low cardiac output syndrome, whereas 5 other patients required preoperative IABP support due to the following reasons: poor ejection fraction, acute myocardial infarction with hemodynamic instability. The duration of counterpulsation ranged from 3 h to 8 days, the mean being 70 h. The balloon pump had to be removed in two patients because of lower limb ischemia. No other complication had been recorded such renal failure, mesenteric ischemia, haemorrhagic complications, balloon rupture or thrombocytopenia. The hospital mortality for patients in need of IABP was 86% (13), 5 died in the immediate postoperative. No deaths were related to IABP procedures.

Conclusion: Use of the IABP can be a life-saving procedure. High hospital mortality for patients in need of IABP and the risk of 13.3% vascular complications should play little influence on decision-making regarding the use of IABP.

P68.

Embolie graisseuse post traumatique

Abdelkefi.W, Zghidi.SM, Agili.S, Bouhlef.R, Said.MR, Jaoua.H, Ben Fadhel.K
Service Anesthésie Réanimation. Hopital Habib Thameur Tunis

Introduction : Le syndrome d'embolie graisseuse est une complication observée le plus souvent chez des malades avec des fractures des os longs. Il est secondaire à l'obstruction des vaisseaux pulmonaires et systémiques par des gouttelettes graisseuses provenant de la moelle osseuse.

But : Nous rapportons un cas d'embolie graisseuse survenue suite à une double fracture du membre inférieur gauche.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 25 ans, ASA1, victime d'un AVP ayant occasionné deux fractures fermées des os longs du membre inférieur gauche traité chirurgicalement. A la quatrième heure post opératoire il a présenté une altération de l'état neurologique sans détresse hémodynamique ni respiratoire. Le diagnostic d'embolie graisseuse post traumatique a été retenu devant l'aspect des lésions radiologiques objectivés par une IRM cérébrale. L'évolution était favorable après traitement symptomatique.

Discussion : L'embolie graisseuse (EG), bien que pouvant se retrouver avec des pathologies médicales, est plus fréquemment associée à des fractures multiples des os longs et du bassin. La symptomatologie clinique est souvent respiratoire avec un tableau de cœur pulmonaire aiguë dans les cas typique ; sinon le diagnostic positif est souvent difficile et la plupart des examens complémentaires manquent de spécificité. Le pronostic est souvent mauvais et il est amélioré par une prise en charge rapide.

Conclusion : Le diagnostic de l'embolie graisseuse reste clinique et anamnestique. L'amélioration du pronostic est essentiellement due aux progrès de la réanimation respiratoire.

La fixation chirurgicale précoce des foyers de fracture n'empêche pas sa survenue. L'intervention en phase aiguë ne paraît pas modifier l'évolution ni majorer la mortalité.

P69.

Choc anaphylactique par fissuration spontanée d'un kyste hydatique du foie

Baldi.I, Zghidi.SM, Abbess.M, Dibi.Y, Jaoua.H, Ben Fadhel.K

Service Anesthésie Réanimation. Hopital Habib Thameur Tunis

Introduction : L'hydatidose est une anthroponose endémique en Tunisie, le choc anaphylactique en est une forme de révélation rare mais souvent très grave.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un jeune patient, âgé de 34 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, admis aux urgences dans un tableau de coma. Le diagnostic de choc anaphylactique avec bas débit cérébral est retenu devant la vasoplégie importante et la présence de réaction urticarienne au niveau de l'abdomen. L'enquête étiologique (prélèvements toxicologiques, métaboliques et examens radiologiques) confirme l'existence d'un kyste hydatique du foie fissuré, jusque-là latent.

Après une réanimation rapide un traitement chirurgical du kyste a été réalisé avec comme complication post opératoire tardive un SDRA qui a bien évolué. Le malade est mis sortant à j 19 postopératoire.

Discussion : Le kyste hydatique du foie est généralement asymptomatique. Il se révèle habituellement soit par la présence d'une masse douloureuse de l'hypochondre droit associée ou non à un ictère cutanéomuqueux soit fortuitement lors d'un examen radiologique de routine.

L'observation que nous rapportons est exceptionnelle par son mode de révélation.

Conclusion : Devant la fréquence encore élevée des kystes hydatiques dans les pays endémiques (dont la Tunisie), il est licite d'évoquer ce diagnostic devant un état de choc anaphylactique avec une enquête étiologique négative.